

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010



Universitat de les Illes Balears



Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Afers Socials,
Promoció i Immigració



CARMEN ORTE SOCIAS

Directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i
Promoció de l'Autonomia Personal

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2010**



Universitat de les
Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,
Promoció i Immigració



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010

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, d'acord amb el conveni vigent, l'Anuari de l'envelliment és una iniciativa de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal 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. Liberto Macías González

Dra. Carme Mas Tous

Sr. Miquel Oliver Ramon

Secretària:

Sra. Lydia Sánchez Prieto

* © del text: els autors 2010

* © de l'edició: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB).

* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment

* ISBN:978-84-8384-163-1

* 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 se n'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>>, de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <<http://catedradependencia.uib.es>> i d'Edicions UIB, <<http://edicions.uib.es>>

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 24 15 / Fax: 971 17 24 63

E-mail: catedra.dependencia@uib.es

SUMARI

PRESENTACIÓ	5
Consellera d' Afers Socials, Promoció i Immigració Fina Santiago Rodríguez	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	11
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010 Carmen Orte Socias	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ A L'ESTUDI DE LA POBLACIÓ ESTRANGERA DE 65 I MÉS ANYS RESIDENT A LES ILLES BALEARS EN EL CONTEXT DE LA NOVA FASE DEMOGRÀFICA MULTICULTURAL.	17
Ferran Dídac Lluch i Dubon.	
<hr/>	
ANÀLISI DE LES PENSIONS. REALITAT I PERSPECTIVES DE FUTUR.	75
Antonio Comas Barceló.	
<hr/>	
LA COORDINACIÓ SOCIO SANITÀRIA EN EL SERVEI DE SALUT: UNA REALITAT NECESSÀRIA.	97
Patricia Gómez Picard, Rosa Maria Adrover Barceló i Angélica Miguélez Chamorro.	
<hr/>	
ANÀLISI DE NECESSITATS I PROPOSTA D'UN MODEL D'ATENCIÓ I DE CURA SOCIO SANITÀRIA A EIVISSA.	125
Margarita Ferrer Cardona.	
<hr/>	
UNITATS ASSISTENCIALS GERIÀTRIQÜES A MALLORCA.	151
Miquel Josep Oliver Ramon, Margarita Viñuela Benítez i Nicolás Flaquer Terrasa.	
<hr/>	
L'ATENCIÓ ALS MALALTS D'EDAT AVANÇADA EN UN HOSPITAL D'AGUTS DE L'ILLA DE MALLORCA: L'HOSPITAL UNIVERSITARI SON DURETA.	191
Jordi Forteza-Rey Borralleras, Iruñe Salaberry Navarro i Maria Magdalena Femenias Sureda.	
<hr/>	
ESTRÈS EN PERSONES GRANS HOSPITALITZADES: UNA VISIÓ DES DE L'HOSPITAL SOCIO SANITARI.	217
Carmen Mas Tous i Maria Magdalena Medinas Amorós.	
<hr/>	

DOLOR CRÒNIC I ENVELLIMENT.	235
Francisca Rosselló Muntaner, Mirna Frascarelli, Ana Mantecón Carrero i Pedro Montoya Jiménez.	
<hr/>	
L'APLICACIÓ DE L'ANÀLISI DE LES NECESSITATS DE SERVEIS SOCIALS DE LA GENT GRAN AMB DEPENDÈNCIA A LA PLANIFICACIÓ DE SERVEIS SOCIALS.	255
Yolanda Rueda Falcón i Núria Masana Navarro.	
<hr/>	
RESPOSTA DELS SERVEIS SOCIALS DE LA MANCOMUNITAT DEL PLA DE MALLORCA A LES PERSONES GRANS DE LA MANCOMUNITAT DEL PLA.	279
Equip tècnic dels Serveis Socials de la Mancomunitat del Pla de Mallorca.	
<hr/>	
EFFECTES DEL SUPORT SOCIAL EN UN PROGRAMA UNIVERSITARI PER A GENT GRAN.	293
Margalida Vives Barceló.	
<hr/>	
LA MIRADA DE LA GENT GRAN CAP AL SISTEMA EDUCATIU ACTUAL.	335
Belén Pascual Barrio.	
<hr/>	
RELACIONS INTERGENERACIONALS A LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS: TRES EXEMPLES D'EXPERIÈNCIES.	351
Liberto Macías González, Pere Alzina Seguí i Gemma Tur Ferrer.	
<hr/>	
INVISIBILITAT DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN LES DONES GRANS A MALLORCA.	389
Carmen Orte Socias i Lydia Sánchez Prieto.	
<hr/>	

PRESENTACIÓ

Fina Santiago Rodríguez
Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Tres anys, tres edicions de l'ANUARI DE L'ENVELLIMENT. El que va començar com una aposta seriosa i rigorosa per analitzar i debatre la realitat de les persones grans ha arribat a la maduresa. Des de la primera edició, amb les dades de 2006, la situació ha canviat amb celeritat. I és amb l'impuls i el compromís de totes les persones que han aportat el seu esforç i la seva dedicació a l'ANUARI que avui tenim una eina de referència que és testimoni d'aquesta evolució. Vull donar amb tota sinceritat les gràcies a tothom que hi ha col·laborat.

L'any 2009 ha estat el de l'aprovació de la nova Llei de Serveis Socials i dels treballs per aclarir la cartera de serveis, és a dir, els serveis i les prestacions que ha d'oferir l'Administració pública. Però també ha estat l'any en el qual hem experimentat nous problemes. Els darrers anys 2009-2010 hem hagut de gestionar la crisi econòmica, una crisi que intuïem que ens afectaria en els projectes socials que constituïen el nostre programa d'actuació. Hem passat de l'anàlisi de com ens podia afectar la crisi a la constatació que calia aportar solucions i que ningú no ens perdonaria que dimitíssim de les nostres responsabilitats. Cal sortir d'aquesta crisi amb un nou model de política social avançada i sostenible, i tot això sense deixar ningú enrere, és a dir, incrementant les oportunitats per a tothom i construint un estat del benestar, en el nostre país, a l'abast de tots.

Aquesta és una crisi multidimensional. I és des d'aquest vessant que ens hi hem d'aproximar. Les xifres i les reflexions fetes, més enllà del valor que tenen en si mateixes, ens han d'ajudar a configurar el discurs. I ens han de servir de referència per definir un model; un model de serveis socials, de societat, de relacions intergeneracionals; en definitiva, un model de desenvolupament social d'acord amb els nostres valors i les nostres creences.

S'ha parlat molt de la dependència i de les dificultats per prestar l'atenció que la llei estableix, amb les qualitats i en els terminis prevists. Diversos autors i autores de l'ANUARI d'enguany en parlen. **Innovació** en les formes d'afrontar les necessitats, **formació** dels professionals i de tots els implicats, **finançament** assegurat i **equipaments** suficients i gestionats correctament: aquesta és la base per avançar. Permeteu-me que analitzi aquestes variables separatament seguint la línia de l'ANUARI.

En primer lloc, els **equipaments suficients i gestionats correctament**. Aquest és l'element de vegades oblidat i imprescindible per al desenvolupament de la política d'atenció a les necessitats, però no és l'únic; amb aquest hi ha la promoció d'una vida saludable i la innovació en la provisió de serveis. Hem fomentat la creació de serveis: més de 700 noves places per a persones grans; deu centres de dia en construcció. En un país com el nostre, amb unes taxes de dependència en augment per la disminució relativa de la població activa, aquest és un debat que s'ha de fer amb serenitat però també amb rigor. Hem volgut confrontar dos models. Com bé diuen els companys responsables dels serveis socials del nord d'Europa, necessitem equipaments a l'abast de tothom a costs

raonables, és a dir, sostenibles. El dret a l'atenció professionalitzada en equipaments propers al domicili ha de ser un dret més de les persones. I la garantia de manteniment d'aquest dret per a les generacions futures cal que sigui una obligació. La pregunta que ens plantejam, doncs, és com podem mantenir aquest binomi: equipaments sostenibles ara i en el futur. Enguany hem vist amb preocupació el fracàs de determinats models de gestió i la consolidació d'altres; aquesta és una de les claus: la bona gestió professional dels equipaments.

En segon lloc, vull posar èmfasi en la **formació**. Hem fet un esforç, conjuntament amb la Universitat de les Illes Balears, per tal de desenvolupar cursos d'especialització en direcció i gestió de serveis socials, també hem organitzat l'escola de formació de primavera, col·laboram decididament amb la Universitat Oberta de Majors, les accions formatives es multipliquen, sigui per a persones grans o per a professionals. En aquest sentit, cal reconèixer la qualitat d'aquests esforços, hem de donar prestigi a la formació feta a les Illes, adequar els itineraris formatius i connectar les necessitats socials amb la formació. Són els països amb una forta extensió de la formació de qualitat els que ofereixen millors serveis i millor qualitat de vida, més encara en context de crisi. En aquest sentit, intentam aconseguir l'excel·lència formativa, fent de la formació continuada el pal de paller del nostre sistema.

En tercer lloc, cal valorar el **finançament** dels serveis socials per a les persones grans. Hem viscut una clara situació de dificultat per mantenir els increments de finançament que preveu la normativa. Segurament, tal com havia de ser, s'ha hagut de donar prioritat a les situacions més greus de necessitat. Tot i això, hem mantingut i incrementat els recursos disponibles per afrontar les necessitats de les persones grans, d'una manera que ningú no hauria trobat possible fa pocs anys.

Alhora, aquesta limitació del finançament ha frenat la concessió de les prestacions a les famílies, encara els responsables principals d'afrontar les necessitats de les persones grans. Sabem que aquestes prestacions i les ajudes per als serveis de proximitat s'han convertit en un element clau d'activació de les economies locals. Així, el benefici per a l'economia del país és creixent i el cost per a les arques públiques resta parcialment compensat, atès que es recupera bona part de l'aportació mitjançant els impostos. En aquest sentit, cal estar decidits a fomentar plans d'incentius dels serveis de proximitat que no hagin de ser finançats exclusivament pels ajuntaments.

I per acabar, la **innovació** en les formes d'afrontar les necessitats. Cal reconèixer que en els darrers anys hem fet un gran avenç, tot i que insuficient. Per exemple, l'any 2009 vàrem poder posar en marxa dos centres de promoció de l'autonomia personal, un a Petra, l'altre a Puigpunyent; també hem impulsat dos centres integrals de nit i dia a Valldemossa i Esporles. Aconseguíem, amb aquestes i altres iniciatives, el compromís d'incrementar

l'aportació pública a la innovació de les formes d'afrontar les necessitats fins a situar-la al nivell de les comunitats més avançades d'Europa. Però en aquesta tasca ens cal també el compromís de les empreses i organitzacions d'iniciativa social, així com de la Universitat i tots els investigadors i professionals, perquè no hem de renunciar a incorporar els coneixements científics i tecnològics, així com les experiències de qualitat avaluades.

L'ANUARI reuneix aportacions en aquest sentit, articles sobre modalitats formatives, sobre situacions de necessitat i diverses propostes d'innovació; aportacions d'interès totes, amb una majoria de dones que signen treballs rellevants, una situació que també ens indica la maduresa de l'ANUARI i de l'ampli col·lectiu de col·laboradors i col·laboradores.

Resten molts temes oberts, sabem que el proper anuari seguirà la mateixa línia que aquest, ja l'esperam amb interès. Ara us convidam a llegir, reflexionar i fer extensiu a altres persones el contingut de l'ANUARI DE L'ENVELLIMENT DE 2010.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010

Al pròleg de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2009 recollíem els principals reptes i oportunitats de l'envelliment de la població mundial a partir d'alguns estudis internacionals. Amb això i de forma esquemàtica, preteníem fer ressaltar els grans reptes que això suposa als països desenvolupats i en vies de desenvolupament, en l'àmbit de la salut, l'estructura familiar, els patrons de treball i retir, els sistemes de seguretat social o les prestacions socials. Això en un context en què, per primera vegada a la història, les persones de 65 anys i més excediran en nombre els nins de menys de cinc anys d'edat.

De fet, tal com indiquen les Nacions Unides, a causa del ritme de creixement de la població de gent gran del món, per a 2050 es preveu una població de dos mil milions de persones més grans de 60 anys. En coherència amb això i amb la finalitat d'aprofundir en la situació actual i les tendències futures d'aquest grup de població, les Nacions Unides, en l'Assemblea General, en la seva resolució 64/132, de 18 de desembre de 2009, varen sol·licitar l'elaboració d'un informe complet sobre l'estat actual de la situació social, el benestar, el desenvolupament i els drets de la gent gran en els plans nacional i regional. Aquest informe, titulat «Current status of the social situation, wellbeing, participation in development and rights of older persons worldwide», d'agost de 2010 (http://www.un.org/ageing/research_papers.html), és el resultat d'una col·laboració conjunta entre el Departament d'Afers Econòmics i Socials, el programa de les Nacions Unides sobre l'envelliment i l'Oficina de l'Alt Comissionat per als Drets Humans.

L'informe pretén donar a conèixer la diversitat de les situacions que afecten les persones grans a la societat i a tot el món al nivell de benestar social i econòmic i de drets humans, recollint dades i anàlisis demogràfiques, econòmiques, laborals, de salut, de percepció social i d'integració de la gent gran. Els principals aspectes destacats a l'informe indiquen que una majoria considerable de les persones d'edat són dones, especialment de 80 anys o més; que són els homes grans els qui tenen més probabilitats de ser casats en comparació de les dones grans; que cada vegada hi ha més gent gran que viu en zones urbanes, amb grans variacions quant a les seves condicions de vida, situació socioeconòmica i estat de salut.

Altres aspectes destacables fan referència a les formes de vida, en llars multigeneracionals als països en desenvolupament i vivint sols o amb la parella als països desenvolupats. Quant a la qualitat de l'habitatge on resideixen, sol ser millor als països desenvolupats i pitjor als països en desenvolupament en comparació de l'habitatge de la població en general. Respecte a la situació econòmica, la gent gran, principalment les dones d'edat més avançada, tendeixen a ser més pobres que les generacions més joves.

Respecte a l'edat de jubilació, als països on existeix cobertura de seguretat social i pensions, sol estar entre els 60-65 anys i una mica abans en les dones. Als països on no existeix o està més limitada a alguns grups, la gent gran continua treballant per necessitat econòmica. En el cas dels països desenvolupats, el tema de la sostenibilitat del sistema de pensions, unit als

alts nivells de desocupació, produeix alguns efectes paradoxals en els quals, d'una banda, es debat l'allargament de l'edat de jubilació i, d'una altra, es dificulta l'accés a la feina de les persones d'edat que volen seguir treballant. Segons recull l'informe, no només és a causa de les normes obligatòries de jubilació, sinó de les actituds i els comportaments de discriminació per l'edat, que limiten la capacitat d'autonomia i decisió d'aquest col·lectiu.

Pel que fa a la salut, l'informe assenyala que l'augment de l'esperança de vida no s'ha traduït necessàriament en una vida més sana, i destaca com a principals problemes de salut en aquesta població, la pèrdua d'audició i visió, les malalties cardiovasculars, la demència i l'obesitat, en un context d'accés insuficient als serveis de salut i a l'atenció geriàtrica en la majoria de països del món. En aquest sentit, hi ha una creixent necessitat de serveis de cures a llarg termini a tot el món, molts dels quals exercits encara per cuidadores familiars. L'informe també alerta sobre l'augment del maltractament a la gent gran en tots els nivells econòmics i socials.

Respecte a la percepció de l'envelliment i les persones grans, tot i que com indica l'informe encara persisteixen actituds de discriminació per l'edat i nivells educatius molt baixos de la població gran, cada vegada es valoren més les seves aportacions, i el paper que compleixen en molt diverses funcions, com la cura intergeneracional —clau en alguns llocs com l'Àfrica, on la sida ha matat milions d'adults que han deixat orfes els seus fills i a cura dels seus avis—, el voluntariat o la seva participació en la vida comunitària.

Des d'aquesta perspectiva i en coherència amb la Declaració de Brasília de l'OMS de 1996, «l'envelliment està lligat al desenvolupament. Les persones grans saludables són un recurs per a les seves famílies, les seves comunitats i l'economia». Per això és important dur a terme les polítiques adequades que permetin influir sobre la salut i la qualitat de vida de la gent gran. D'aquesta manera, i a partir de les consideracions recollides en el Pla d'acció internacional Madrid sobre l'envelliment, 2002, una de les línies més importants de treball en relació amb la gent gran és apostar per les polítiques d'envelliment actiu. Es tracta d'optimitzar les oportunitats de salut, d'educació, de participació i de seguretat, per millorar la qualitat de vida de la població al llarg del cicle vital. Cal prendre en consideració els factors econòmics, socials, ambientals, personals, comportamentals i dels serveis de salut i socials que influeixen en la qüestió, en un context cultural determinat i tenint en compte una perspectiva de gènere.

Una visió coherent i contextualitzada d'aquestes idees queda reflectida en les propostes de l'OMS per a la creació de ciutats amigables amb la gent gran. Ciutats que visualitzen la gent gran, que la tenen en compte, dissenyant o redissenyant els espais a l'aire lliure i els edificis públics, el transport, l'habitatge, l'ocupació i la participació, el respecte i la inclusió social, la comunicació i la informació i els serveis socials i de salut. S'aposta per ciutats funcionals adaptades i accessibles, respectuoses amb les persones grans, que afavoreixin

la qualitat de vida de la població en general i de la població gran en particular, fomentant la participació social, l'autonomia i les conductes de salut («Ciutats globals amigables amb la gent gran: una guia». OMS, 2007).

Efectivament, les tendències de l'envelliment de la població indiquen la importància de parar esment a aquest col·lectiu, que, segons les últimes dades de l'IMSERSO (2008), a Espanya són més de 7,5 milions de persones, la qual cosa representa el 16,7% de la població. A les Illes Balears hi ha 141.154 persones més grans de 65 anys, el 13,7% de la població, i 37.825 són més grans de 80 anys, el 3,7% de la població. Un dels reptes més importants és donar resposta a la creixent demanda d'assistència sanitària i l'adaptació dels sistemes de salut i socials a aquesta nova situació.

Amb tot, les propostes de l'envelliment actiu permeten una visió optimista de les persones grans i de les seves contribucions actuals i futures en la societat més enllà de visions pessimistes i de càrrega. Sobre aquest tema, el lema de la celebració del dia internacional de les persones grans d'aquest any 2010, l'1 d'octubre, ha estat «Una nova força per al desenvolupament», amb la finalitat de destacar la tasca tan important que realitzen les persones grans en molt diversos àmbits de la societat i en línia amb la gran importància d'apostar per la inversió per crear les condicions que afavoreixin la salut, l'autonomia i la independència d'aquest col·lectiu. Perquè puguin participar en totes les qüestions que els afecten com a ciutadans i com a grup amb unes necessitats específiques per raons de salut i socials.

D'acord amb el que s'ha comentat i des de la Càtedra d'Atenció a l'Autonomia i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, resultat d'un conveni de col·laboració entre la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i la Universitat de les Illes Balears, pretenem aprofundir en el coneixement de la realitat de la gent gran de les Illes Balears a través d'aquesta publicació, la qual vàrem iniciar el 2008 i que continuam amb aquest tercer volum.

La publicació d'aquest anuari forma part de les accions de promoció de la qualitat de vida de les persones grans, que es duen a terme des de la Càtedra, a través de la disseminació d'informació sobre aquest col·lectiu per part dels professionals i investigadors de les Illes Balears que treballen en diferents àmbits de la salut, socials, educatius, econòmics, etc., amb el col·lectiu de les persones grans. També a través de la promoció de la investigació i de la formació permanent i especialitzada de professionals que duem a terme a través de cursos presencials o en xarxa, de diferents tipus de durada. Dins d'aquesta línia, cal destacar el Màster d'Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB 2010-2011, així com algunes línies destacades d'investigació pionera, com el maltractament a la dona gran a les Illes Balears.

Així doncs, i pel que fa a aquesta tercera edició de l'Anuari de l'envelliment, Illes Balears 2010, pretenem donar a conèixer els resultats del treball que s'està duent a terme en l'àmbit

de l'envelliment de la població de les Illes Balears a diferents nivells: sociodemogràfic, de planificació de recursos i programes de salut, socials i educatius, d'avanços en diferents àmbits generats a partir de la investigació. Tal com indicàvem a l'Anuari 2009, pretenem fomentar els espais de coneixement interprofessional en tots els àmbits que afecten les persones grans i que ens permetin contribuir a fomentar la seva qualitat de vida al llarg del cicle vital i des d'una perspectiva preventiva en els diferents nivells d'atenció i des de tots els punts de vista possibles.

En aquesta línia, l'estructura d'aquest tercer anuari segueix la línia marcada pels objectius plantejats a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Es presenten catorze treballs duts a terme per diferents autors, amb els títols següents: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural»; «Anàlisi de les pensions. Realitat i perspectives de futur»; «La coordinació sociosanitària en el Servei de Salut: una realitat necessària»; «Anàlisi de necessitats i proposta d'un model d'atenció i de cura sociosanitària a Eivissa»; «Unitats assistencials geriàtriques a Mallorca»; «L'atenció als malalts d'edat avançada en un hospital d'aguts de l'illa de Mallorca: l'Hospital Universitari Son Dureta»; «Estrès en persones grans hospitalitzades: una visió des de l'hospital sanitari»; «Dolor crònic i envelliment»; «L'aplicació de l'anàlisi de les necessitats de serveis socials de la gent gran amb dependència a la planificació de serveis socials»; «Resposta dels Serveis Socials de la Mancomunitat del Pla de Mallorca a les persones grans de la Mancomunitat del Pla»; «Efectes del suport social dins un programa universitari per a gent gran»; «La mirada de la gent gran cap al sistema educatiu actual»; «Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències»; «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca».

Es tracta de treballs elaborats per professionals i investigadors que duen a terme la seva tasca en diferents disciplines i àmbits de treball al nivell demogràfic, social, sanitari, mèdic, psicològic i educatiu. Treballs que ens permeten conèixer més bé la població gran de les Illes Balears i que sens dubte contribueixen a visibilitzar aquest col·lectiu i a reflexionar sobre el treball que s'hi duu a terme i el que queda per fer.

Des de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i des de la Direcció de l'Anuari Illes Balears 2010, donam les gràcies a tots els autors i totes les autores per la seva feina i per la seva contribució perquè aquest tercer anuari es pugui haver dut a terme. Donam també les gràcies a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració per la seva contribució a la realització de l'Anuari.

**INTRODUCCIÓ A L'ESTUDI
DE LA POBLACIÓ ESTRANGERA
DE 65 I MÉS ANYS RESIDENT A LES
ILLES BALEARS EN EL CONTEXT DE LA NOVA
FASE DEMOGRÀFICA MULTICULTURAL**

Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Les Illes Balears han viscut en el darrer decenni una de les revolucions més radicals experimentades al llarg de tota la seva història. Ha estat una revolució silenciosa però profunda, ràpida i sense punt de retorn. L'arribada de grans contingents de població provinents d'òrigens fins fa poc inexistents o poc nombrosos han determinat que ens trobem davant d'una nova societat: una societat intercultural. Els potentíssims fluxos de migració internacional han modificat en profunditat l'estructura social i han produït canvis en la relació entre sexes, la constitució de moltes parelles mixtes, el rejuveniment poblacional i l'increment de les taxes de natalitat, per esmentar només alguns aspectes demogràfics. La presència de poblacions amb característiques diferents determina l'establiment de noves relacions de competència i complementarietat per accedir al mercat del treball intern, així com un substancial increment de la pressió sobre serveis assistencials bàsics com l'ensenyament i la sanitat, que han hagut d'augmentar equipaments i plantilles per fer front a aquesta allau humana. Tot i així, no hem d'oblidar que la població immigrada no és homogènia, ans al contrari, presenta unes característiques palesament distintes, no solament per les motivacions que determinen la migració, sinó també per les característiques físiques, culturals, religioses, lingüístiques i de tota índole que presenten. Hem generalitzat les conclusions per nacionalitats, tot i que som conscients que els contingents d'una mateixa procedència són, al seu torn, heterogenis. Tot i així, ens resulta útil establir uns patrons generals globalment vàlids a efectes d'establiment de categories. A més de tractar alguns aspectes generals del procés migratori, ens hem centrat en l'estudi de la població estrangera més gran de seixanta-cinc anys resident a l'arxipèlag. Com a font bàsica per redactar aquest article ens hem servit d'un document estadístic bàsic: el padró d'habitants. Hem utilitzat dades de l'INE provisionals per a l'1 de gener de 2010 i dades definitives de l'IBESTAT referides a l'1 de gener de 2009 per a anàlisis amb variables creuades o que baixaven al detall insular o municipal, informació no disponible en les estadístiques publicades per l'organisme estatal. També hem utilitzat altres fonts com l'enquesta nacional d'immigrants de 2007, a més d'alguns materials elaborats per científics social de l'alçada del doctor Pere Salvà. Hem introduït algun comentari descriptiu per evitar la fredor d'una anàlisi purament numèrica que, no obstant això, és la base de les conclusions que hem extret. Finalment, hem de palesar que esperam que aquesta aproximació a l'estudi de la població estrangera més gran de seixanta-cinc anys a les Illes Balears serveixi de punt de partida per a investigacions posteriors.

Resumen

Las islas Baleares han vivido en el último decenio una de las revoluciones más radicales experimentadas a lo largo de toda su historia. Ha sido una revolución silenciosa pero profunda, rápida y sin punto de retorno. La llegada de grandes contingentes de población

provenientes de orígenes hasta hace poco inexistentes o poco numerosos ha determinado que nos encontremos frente a una nueva sociedad: una sociedad intercultural . Los potentísimos flujos de migración internacional han modificado en profundidad la estructura social produciendo cambios en la relación entre sexos, la constitución de muchas parejas mixtas, el rejuvenecimiento poblacional y el incremento de las tasas de natalidad, por citar sólo algunos aspectos demográficos. La presencia de poblaciones con características diferentes determina el establecimiento de nuevas relaciones de competencia y complementariedad para el acceso al mercado de trabajo interno, así como un substancial incremento de la presión sobre servicios asistenciales básicos como la enseñanza y la sanidad, que han tenido que aumentar los equipamientos y las plantillas para hacer frente a este alud humano. A pesar de ello, no debemos olvidar que la población inmigrada no es homogénea, todo lo contrario, presenta unas características marcadamente distintas, no sólo por lo que se refiere a las causas que determinan la migración, sino también por las características físicas, culturales, religiosas, lingüísticas y de toda índole que presentan. Hemos generalizado las conclusiones por nacionalidades, a pesar de que somos conscientes que los contingentes de una misma procedencia son, a su vez, heterogéneos. No obstante, resulta útil establecer unos patrones generales globalmente válidos a efectos del establecimiento de categorías. Además de tratar algunos aspectos generales del proceso migratorio nos hemos centrado en el estudio de la población extranjera residente mayor de sesenta y cinco años en el archipiélago. Como fuente básica para redactar este artículo hemos utilizado un documento estadístico básico: el padrón de habitantes. Hemos utilizado datos del INE provisionales para el 1 de enero de 2010 y datos definitivos del IBESTAT referidos a 1 de enero de 2009 para análisis con variables cruzadas o que descendían hasta el detalle insular o municipal, información no disponible en las estadísticas publicadas por el organismo estatal. También hemos utilizado otras fuentes como la encuesta nacional de inmigrantes de 2007, además de algunos materiales elaborados por científicos sociales del nivel del doctor Pere Salvà. Hemos introducido algún comentario descriptivo para evitar la falta de calidez de un análisis puramente numérico que, a pesar de ello, es la base de las conclusiones que hemos extraído. Finalmente, manifestar que esperamos que esta aproximación al estudio de la población extranjera mayor de sesenta y cinco años en las islas Baleares sirva de punto de partida a investigaciones posteriores.

1. La història migratòria de les Illes Balears

1.1. Algunes reflexions prèvies: la importància del marc físic en la història migratòria

La història de la humanitat és una història de migracions. Com a espècie animal, es poden reconstruir les rutes migratòries des dels primers homínids, que hom situa en el continent africà, fins a, progressivament, anar ocupant tota la superfície terrestre dels cinc continents.

L'espècie humana, gràcies a la seva capacitat manipulativa i al desenvolupament cerebral ha aconseguit no solament la colonització i l'expansió en entorns extremadament adversos (àrees properes als pols, deserts àrids tropicals...), sinó que ha sotmès el planeta Terra a una pressió tan gran que ha originat canvis globals que han determinat el fenomen conegut com a canvi climàtic.

Les grans migracions històriques han tingut com a punt de partida les àrees urbanes amb un nivell tecnològic elevat i com a punt de recepció les àrees en què abundaven les matèries primeres, els espais no colonitzats i, en cas d'existir grups humans en aquestes àrees, amb un desenvolupament social, econòmic, organitzatiu, militar i tecnològic menys desenvolupat que les àrees emissores. Les migracions contemporànies, deixant de banda les originades per motius polítics, religiosos o bèl·lics, que tot i que importants solen tenir un caràcter més puntual i de durada relativa, tenen en el nostre entorn una base fonamentalment econòmica. Econòmica i residencial en el cas de Illes Balears, com veurem en analitzar la causalitat dels fluxos migratoris actuals.

Les Illes Balears presenten una llarga i complexa història de migracions. Des dels primers pobladors que arribaren a les Illes amb embarcacions primitives i causaren modificacions substancials al medi ambient insular pel que fa a la distribució i composició de la flora i fauna terrestres, fins als corrents migratoris internacionals actuals, han estat molts i diversos els fluxos i els balanços entre les entrades i les sortides de població de l'arxipèlag.

En aquest punt, pot ser interessant recordar el paper del marc físic de l'arxipèlag per explicar i entendre els moviments de població al llarg de la història. La nostra comunitat autònoma està constituïda per un conjunt d'illes; un arxipèlag de dimensions més aviat modestes. En conjunt, s'assoleixen aproximadament 5.000 quilòmetres quadrats, dels quals 3.620 corresponen a l'illa de Mallorca; 695, a l'illa de Menorca; 572, a l'illa d'Eivissa i 82, a l'illa de Formentera.

A més, hi ha un nombre important d'illots i esculls que tenen una gran importància des d'un punt de vista mediambiental, ja que contenen una gran nombre d'endemismes i constitueixen entorns únics per a determinades espècies animals i vegetals. Per aquest motiu, els illots gaudeixen de la més alta protecció urbanística i ambiental i, en alguns casos, s'han declarat espais naturals protegits i/o s'han inclòs en la xarxa ambiental europea (Xarxa Natura 2000).

La insularitat, la separació del territori continental que l'envolta, per la discontinuïtat física de la mar, confereix al territori una dualitat interessant. D'una banda, aquesta separació genera una sèrie de factors negatius que hom sempre recorda quan parla d'insularitat: increment del cost del transport de persones i mercaderies, dificultat per accedir a determinats serveis especialitzats (exemples ben clars són els serveis sanitaris o educatius),

oportunitats reduïdes per a professionals qualificats.... D'altra banda, la insularitat genera oportunitats clares de negoci. El caràcter mateix d'illa fa que en un territori reduït es disposi d'una gran longitud de costa i aquest és un atractiu innegable per al turisme de sol i platja. Així mateix, la insularitat, aquesta separació respecte del continent, també ofereix un marc psicològic interessant per al turisme, una de les principals fonts de riquesa actuals de l'arxipèlag, que identifica el fet de tractar-se d'una àrea insular amb una sèrie de valors que no trobaria tan fàcilment en una àrea continental: la separació física de l'entorn té un punt de valor afegit en la idea de separació de la vida quotidiana que suposen les vacances; la idea de tranquil·litat i de qualitat ambiental també acompanya la imatge que els turistes tenen dels territoris insulars. Per tant, el fet mateix de tractar-se d'un conjunt insular té una sèrie d'efectes beneficiosos tant per a les migracions estacionals turístiques com per a les migracions residencials i les migracions residencials i/o laborals.

El marc físic del nostre arxipèlag també té gran importància per la ubicació respecte dels territoris i dels països que l'envolten. Les nostres illes ocupen un lloc central dins la conca occidental de la mar Mediterrània. Es troben dins una latitud mitjana i, per tant, presenten estacionalitat. La ubicació en un latitud mitjana origina que hi hagi marcades diferències en la insolació i la durada del dia i de la nit al llarg de l'any. El màxim d'hores de sol i d'insolació es registra durant l'època que envolta el solstici d'estiu (21 de juny) i el mínim d'hores de sol i d'insolació, en el solstici d'hivern (22 de desembre). L'estiu, entre final de juny i final de setembre, no solament és el període de l'any amb més hores de llum natural, sinó que també és l'època en què es registren les temperatures més elevades de l'any. Les temperatures són, tot i així, moderades, i són poc freqüents els episodis de calor per damunt de 35°C i, encara menys, els que superen els 40°C (tot i que tampoc són extraordinaris). Aquest règim, típicament mediterrani, es caracteritza sobretot pel fet que coincideix el període de més calor de l'any amb el més sec. La combinació d'aquests dos factors fa que les Illes gaudeixin a l'estiu del clima perfecte per al turisme de masses que cerca, a més de diversió, el sol, la mar i l'arena (coneguts com les tres *esses*, de l'anglès *sea, sand and sun*). Tot i que no ens interessa fer un estudi exhaustiu del clima, ni prop fer-hi, cal dir que els canvis en la circulació atmosfèrica estacional fan que durant la tardor, l'hivern i la primavera es reculli la majoria de les precipitacions anuals i que els mesos d'hivern, gener i febrer sobretot, registrin el mínim anual d'hores de llum solar i els mínims pel que fa a les temperatures. Això no obstant, el clima hivernal de les Illes, per la latitud en què s'ubiquen i per l'efecte temperador de la mar, presenta unes temperatures suaus, molt més suaus, en tot cas, que les que experimenten alguns països continentals com Alemanya, d'on prové un destacat contingent de migrants residencials. Podem recordar en aquest punt que els primers turistes, de vegades anomenats viatgers, del segle XIX acudien a illes justament durant la tardor i l'hivern, per fugir dels rigors climàtics del nord europeu, i tornaven cap al nord a l'estiu. Aquest flux, molt reduït i elitista, fou substituït a partir dels anys seixanta per un flux de cada vegada més massiu de classes mitjanes i mitjanes baixes: el turisme de platja estival.

Evidentment, aquest canvi fou possible per la interrelació de múltiples causes: l'augment del poder adquisitiu mitjà i la generalització de drets laborals com les vacances pagades, d'una banda, i, d'altra banda, pel desenvolupament de les infraestructures i els serveis per acollir aquest gran contingent estacional. Entre les infraestructures més importants per al desenvolupament turístic destaca la posada en funcionament de les estructures aeroportuàries i l'abaratiment del transport aeri.

La posició de les Illes Balears és ideal respecte dels principals mercats emissors turístics europeus. Així, en temps i, sobretot, en doblers, les Illes Balears es troben més a prop actualment d'Alemanya, Gran Bretanya o altres àrees europees amb aeroport que amb destinacions peninsulars o fins i tot entre les illes. Recentment, el fenomen de les companyies de baix cost ha accentuat aquest procés.

En resum, els factors físics de les Illes (clima, insularitat, ubicació geogràfica...) determinen o, si més no, ajuden a comprendre els fluxos migratoris que s'han produït i que es produeixen actualment.

Deixant de banda les migracions històriques de pobles i civilitzacions que han passat per les Illes (pretalaiòtics, talaiòtics, grecs, púnics, romans, vàndals, musulmans, catalans, anglesos, francesos, espanyols...) i que s'expliquen per la posició estratègica de l'arxipèlag, ens voldríem centrar en una classificació i en la caracterització dels fluxos migratoris més recents que ha experimentat el nostre arxipèlag.

1.2. La periodització de les migracions a les Illes Balears

La història migratòria de les Illes Balears es pot classificar en dos grans períodes. El primer, previ al desenvolupament del turisme de masses, abastaria fins als anys seixanta. En aquest període predominaven els moviments d'emigració dels insulars, sobretot en moments de crisi econòmica, que havien de sortir de l'arxipèlag a la recerca de treball i de més bones condicions de vida. En algun cas, l'emigració, a més d'un caràcter estrictament econòmic, també podia tenir altres motivacions, com ara l'existència de règims polítics autoritaris, la voluntat de fugir del servei militar obligatori o el desig d'aventures, entre d'altres causes. Els fluxos migratoris tenen diverses destinacions, segons el moment històric en què es produeixen. A final del segle XIX i durant els primers decennis del segle XX, molts foren els illencs que anaren «a fer les Amèriques» o al nord d'Àfrica, tot aprofitant la fase de colonialisme europeu. En altres moments del segle XX, les destinacions més habituals foren alguns dels països europeus com ara França, Alemanya o Gran Bretanya.

El passat emigratori és tan palès que pocs són els illencs que no tenen entre els seus ascendents (pares, padrins, repadrins...) algun familiar que no hagués hagut de cercar més bones condicions de vida fora de la seva terra. Molts tornaren i alguns referen la seva vida

lluny de la nostra terra; dels que tornaren, alguns ho feren amb importants rendes mentre que d'altres, la majoria, només obtingué alguns recursos per poder viure a la seva terra amb certa dignitat.

Recordar la nostra història d'emigrants pot facilitar el desenvolupament de sentiments d'empatia envers els immigrants nouvinguts a la nostra terra.

El *boom* turístic iniciat als anys seixanta i continuat durant els setanta suposa l'entrada en una segona fase: la transformació de les Illes de terra d'emigrants a terra d'immigrants.

Predominen, per tant, en aquesta fase els grans moviments d'entrada de població nascuda a altres comunitats autònomes i, inicialment en un grau més petit, de població nascuda a l'estranger.

El desenvolupament del turisme de masses, atret com hem dit per l'arena, el sol i la platja, transforma radicalment el territori. La costa, fins llavors una àrea menystinguda pel baix rendiment agrícola, passa a convertir-se en l'àrea de potencialitat econòmica més gran. Les àrees costaneres, principalment les que disposen de platges d'arena, es convertiran en les àrees de més activitat i rendibilitat econòmica. És el moment del primer *boom* turístic, amb l'ocupació hotelera de primera línia. Creix l'oferta d'allotjament i complementària destinada als turistes i, amb aquesta, s'incrementa espectacularment la construcció i les indústries complementàries. Aquest procés determina la creació d'una gran quantitat de llocs de feina que, en un primer moment, provoca certa migració interna dels municipis interiors cap als costaners, més dinàmics. La població illenca es decanta decididament envers el sector serveis, que ofereix unes condicions salarials i laborals més bones a una població acostumada a treballar de sol a sol i moltes vegades amb poca retribució (a moltes explotacions familiars el sou percebut no era més que una petita assignació setmanal). Aquesta migració interna tanmateix resultà del tot insuficient per atendre la demanda de mà d'obra existent, per la qual cosa una gran quantitat dels llocs de feina creats foren ocupats per mà d'obra peninsular, fet que originà un creixement demogràfic molt important i una modificació en l'estructura de la població molt significativa. De cada cop més, la població nascuda a altres comunitats autònomes anà adquirint una presència més gran.

Les Illes reberen, progressivament, la incorporació de població estrangera. En les primeres fases immigratòries, la presència de població estrangera era estructuralment poc important. Molts immigrants estrangers vingueren a les Illes per motius exclusivament residencials, tot cercant la bellesa del paisatge i les condicions climàtiques i ambientals de les nostres Illes. La colònia estrangera de Deià i Fornalutx dels anys vuitanta i principi dels noranta és un bon exemple d'aquest tipus de població, d'alt nivell formatiu i mitjà i alt poder adquisitiu. Cal dir que, en aquests moments, els estrangers residents a les nostres Illes són majoritàriament provinents dels països europeus, sobretot d'Alemanya i Gran Bretanya. Juntament amb

aquesta colònia, també hi ha, en els municipis turístics, població estrangera d'aquestes nacionalitats que es dedica principalment a treballar en el sector turístic.

Durant els anys noranta es produeixen nous fluxos migratoris d'estrangers provinents de països europeus, alemanys principalment, que s'establiren a les Balears per motius residencials i laborals. L'abaratiment del transport aeri va fer possible que algunes famílies passassin a residir a les Illes mentre mantenien el lloc de treball al seu país d'origen. Aquest flux migratori provocà un important flux de migració acompanyant de professionals i de tècnics que donaren servei, de manera gairebé endògica, a aquest col·lectiu.

Taula 1 | *Població total i població estrangera per CA. Padró 01-01-2010*

	Total	Població estrangera	% Població estrangera
Total	46.951.532	5.708.940	12,16
Andalusia	8.353.843	698.375	8,36
Aragó	1.345.419	172.015	12,79
Astúries (Principat de)	1.084.109	49.149	4,53
Balears (Illes)	1.105.184	241.704	21,87
Canàries	2.114.928	305.661	14,45
Cantàbria	591.886	39.010	6,59
Castella i Lleó	2.555.715	167.597	6,56
Castella - la Manxa	2.095.855	228.290	10,89
Catalunya	7.504.881	1.193.283	15,90
Comunitat Valenciana	5.099.274	884.622	17,35
Extremadura	1.105.481	38.747	3,50
Galícia	2.796.811	109.222	3,91
Madrid (Comunitat de)	6.445.499	1.071.292	16,62
Múrcia (Regió de)	1.460.164	240.605	16,48
Navarra (Comunitat Foral de)	636.038	70.931	11,15
País Basc	2.178.061	139.229	6,39
Rioja (La)	321.780	46.342	14,40

Font: INE. Dades provisionals

A final del segle XX i, sobretot, d'ençà de l'inici del segle XXI, entrem en una nova fase de la història demogràfica de les Illes Balears, que podríem batiar com a multicultural o intercultural. Aquesta nova fase no és exclusiva del nostre arxipèlag, també es produeix en altres països del nostre entorn i a l'Estat espanyol, però a les Illes Balears té, per la potència en què es produeix, un enorme significat. Es produeix un ràpid i inesperat creixement de població procedent de països amb poca o nul·la presència anterior i, en algun cas, es produeix el creixement geomètric d'algun col·lectiu preexistent. Aquesta nova fase migratòria suposa un trasbals, un canvi en profunditat de l'estructura demogràfica de

la societat i un moment de creixement demogràfic global espectacular. Els nous fluxos migratoris aporten enormes contingents de població a les Illes. Aquests contingents porten noves llengües, nous costums, noves tradicions, noves creences... És un moment de canvi, de renovació, en què la convivència i el respecte mutu han de presidir les relacions entre els col·lectius residents i els nousvinguts. El concepte de multiculturalitat s'estén per tot arreu. El canvi demogràfic és evident. El paisatge humà de les Illes canvia. Les poblacions subsaharianes, molt poc representades anteriorment, adquireixen un enorme protagonisme, juntament amb les poblacions provinents d'Amèrica del Sud. El paisatge humà de les Illes es vesteix amb indumentàries que poc abans només podíem veure en els documentals televisius: els sikhs amb els seus turbants i altres elements característics i les dones seguidores de l'Islam amb els vels protectors dels cabells (*hiyab*) i, tot i que no n'he vist cap a les Illes, a l'Estat espanyol, fins i tot, han arribat els famosos burca, que cobreixen totalment el rostre de les dones.

Aprofitam l'avinentesa per indicar que el volum i la rapidesa amb què s'han produït les migracions, juntament amb les grans diferències culturals que existeixen entre les societats emissores i la nostra, han provocat cert debat i confrontació. Alguns símbols religiosos o, si ho preferim, culturals, com el *hiyab* i el burca, col·lideixen o poden col·lidir amb drets fonamentals de la llibertat de la dona. Més enllà dels símbols externs, el que s'ha de fer és aconseguir que tots els immigrants nousvinguts admetin la igualtat entre homes i dones i tots els principis inspiradors de les legislacions europees actuals. El que s'ha d'aconseguir és que tots els immigrants nousvinguts donin les mateixes oportunitats als seus fills i a les seves filles i vegin que l'única aposta de futur viable és la veritable igualtat entre totes les persones, independentment del sexe amb què nasqueren, les seves creences religioses, la seva orientació política o el paper que tinguin en la societat. Quan això s'assoleixi, el debat sobre els símbols externs deixarà de tenir sentit.

La vinguda massiva i ràpida de col·lectius provinents dels cinc continents, pertanyents a diversos grups lingüístics, introdueix nous elements de fricció a la situació de la llengua catalana, pròpia de les Illes Balears. Malgrat tot, consideram que actualment la situació és més positiva que l'existent quan succeí el primer *boom* migratori important en els anys seixanta i setanta de migrants d'altres comunitats autònomes castellanoparlants. Per començar, la situació política és ben diferent i gaudim d'un marc legislatiu que promou l'ús del català com a llengua de comunicació en un entorn privilegiat: l'escola. Els fills dels immigrants nousvinguts, gràcies a aquesta política d'immersió lingüística, poden sense gaire esforç assolir un bon coneixement lingüístic. És evident que això és més senzill quan es tracta d'immersions primerenques (educació infantil) i que resulta més complicat quan l'escolarització es produeix a edats més avançades. També s'han posat en marxa programes molt interessants (parelles lingüístiques, per exemple) amb nivells elevats d'èxit. En qualsevol cas, gràcies a la tasca lingüística de l'escola i dels professors que hi treballen, la llengua catalana adquireix un nivell de coneixement i ús ben important.

El paisatge urbà ha sofert intenses modificacions. Hom pot apreciar alguns tipus de comerços pocs anys enrere inexistents, entre els quals podem destacar, entre d'altres, els locutoris, els comerços especialitzats en productes i moda típica d'alguns països, els restaurants amb menjars típics de determinats països i l'expansió del comerç xinès. Els locutoris ofereixen serveis a la població nouvinguda, com ara comunicacions telefòniques i d'Internet a preus econòmics, transferències monetàries o la compra de productes provinents d'altres països. Així mateix, recentment s'han produït canvis significatius en el comerç minorista de les ciutats. D'una banda, podem dir que s'han establert nous comerços especialitzats en la distribució de productes alimentaris típics o bé marques específiques de productes ja existents a les Illes (per exemple, marques de cervesa d'un país determinat) per atendre la demanda dels nouvinguts. En el sector alimentari tenen un paper molt important els productes que necessiten un tractament específic per poder consumir-se d'acord amb les creences religioses. Aquí hi trobaríem les carnisseries musulmanes que, a més de no vendre determinats productes de consum habitual a les nostres Illes, com el porc, han de sotmetre els animals a un sacrifici ritual per poder ser consumits (orientació quan són sacrificats, mort per degollació, dessagnat de l'animal...).

Altres sectors comercials també pretenen trobar el seu lloc en un nou segment de consum, quantitativament, molt important. Així, s'han obert alguns comerços especialitzats en moda de dona per atendre uns gusts distints dels estàndard en roba de vestir i bany. Els serveis tampoc no han romàs al marge i també podem trobar perruqueries específiques especialitzades en moda tant femenina com masculina. Així, trobam perruqueries de dones dirigides per subsaharianes que cerquen clientes entre les dones dels seus països. Quant a homes, també trobam situacions similars; és freqüent trobar barberies destinades a poblacions immigrants concretes com les musulmanes i, fins i tot, entre aquestes hi ha barberies específicament destinades a atendre públic d'un país determinat: Marroc, Algèria...

Un altre sector que ha experimentat un *boom* considerable és la venda de productes alimentaris elaborats (patisseries, forns, gelateries...) i els restaurants. El creixement del sector s'explica en gran mesura pel *boom* migratori recent i, per tant, per l'augment del nombre de consumidors potencials d'aquest productes i també per una certa internacionalització i voluntat d'experimentació de nous gusts dels consumidors tradicionals. Així, a final d'aquest primer decenni del segle XXI trobam forns i pastisseries argentines quan aquests tipus d'establiments no existien fa només un quants anys. Quant als restaurants, s'han incrementat enormement els restaurants que preparen menjar casolà autòcton dels països amb més immigrants. Són molt habituals els restaurants que ofereixen menjar colombià, dominicà, subsaharià... Aquests nous restaurants han ampliat l'oferta d'alguns restaurants especialitzats en menjar forà de més llarga tradició com l'italià i el xinès, que també han vist incrementada l'oferta. Recentment, s'ha anat introduint el menjar japonès però, en aquest cas, es tracta més d'una oferta gastronòmica diferencial que una demanda fruit dels nous corrents migratoris.

Volíem dedicar un capítol especial al comerç xinès. La colònia xinesa ha assolit a les Illes Balears, d'acord amb les dades del cens d'1 de gener de 2010, una xifra de 4.285 persones, prou important tot i que percentualment és inferior al 2% de la població estrangera resident a l'arxipèlag. Aquesta població és especialment dinàmica. Inicialment, es dedicà a les nostres Illes, com en altres indrets, al sector de la restauració, però en els darrers quinquennis ha començat una àmplia expansió comercial. En mans xineses trobam gran part dels comerços de venda al detall a baix cost de múltiples productes (les famoses botigues conegudes com a «tot a cent», ja que els primers comerços d'aquests tipus obren quan encara hi havia la pesseta, durant els anys noranta del segle XX). De la mateixa manera, el primer decenni del segle XXI ha vist el *boom* de les sabateries i la marroquineria (carteres, maletes, bosses, cinturons...) de productes fabricats a la Xina i de baix cost. Més recent és l'expansió dels comerços de roba xinesa. Aquests comerços no pretenen competir amb els productes de qualitat autòctons o europeus, sinó que pretenen assolir quotes de mercat significatives pel baix cost dels productes.

Un altre sector de serveis en què trobam presència xinesa és el de les perruqueries, a partir de la prestació a uns preus significativament més baixos que els que trobam en altres establiments. Entre molts grups d'immigrants trobam certa endogàmia en la prestació de serveis i, així, recentment és fàcil trobar grups de picapedrers, electricistes, lampistes... d'origen xinès que treballen per reformar i posar en funcionament els locals dels seus compatriotes.

Els comerços i els negocis xinesos són fàcils de distingir. En alguns casos, són les lletres daurades o vermelles amb caràcters propis allò que fa que els descobreixin. En altres casos, són els noms estranys per a la nostra mentalitat que els posen, tot i estar traduïts a la nostra llengua. En molts casos, també els caracteritza el desordre aparent i l'acumulació de material que hi ha. El que els interessa no és l'estètica, sinó vendre tants productes com es pugui. Els caracteritza també l'amplitud dels horaris d'obertura, sobretot en caps de setmana, diumenges inclosos, i, de vegades, l'ús del local per menjar, cuinar i, fins i tot, descansar.

1.3. Un flux immigratori internacional ràpid i intens

Aquest flux internacional, provinent de països no europeus, ha tingut dues característiques molt significatives: la rapidesa i la intensitat amb què s'ha produït.

El context econòmic ha contribuït de manera decisiva que això hagi estat així. Les taxes de creixement econòmic i de creació de llocs de feina mai no havien estat tan grans com les registrades durant els primers anys del segle XXI.

L'evolució de la població total és prou significativa: només en deu anys, entre 1996 i 2006, la població de les Illes creix més de 250.000 d'habitants i supera per primer cop la barrera demogràfica del milió d'habitants. Les dades provisionals subministrades per l'INE eleven a més d'1.100.000 els residents a les Illes dia 1 de gener de 2010. Ningú no havia pogut

preveure, ni de bon tros, un creixement similar. Les taxes de creixement registrades per la nostra comunitat han estat any rere any de les més elevades de tot l'Estat, que també ha experimentat un creixement global sorprenent: dels poc més de 40.200.000 habitants i 750.000 residents estrangers l'any 1999 ha passat a prop de 47.000.000 habitants i 5.700.000 residents estrangers.

Els planificadors de serveis i equipaments varen veure que les previsions fetes quedaven clarament superades per la realitat i augmentava enormement la pressió sobre serveis comunitaris bàsics com la sanitat i l'educació.

L'allau d'immigrants, la majoria dels quals són joves en edat fèrtil, determina que la societat experimenti, des d'un punt de vista demogràfic, una sèrie de conseqüències molt clares:

- El primer lloc, el fort creixement demogràfic ja indicat, lluny de tota previsió anterior.
- El rejuveniment de l'estructura demogràfica de la nostra societat. La ràpida aportació d'immigrants joves determina que la mitjana d'edat baixi i, per tant, es pugui parlar de rejuveniment. Això no vol dir, com és lògic, que el col·lectiu de la població de la tercera edat no creixi, ans al contrari, l'acumulació d'efectius més grans de seixanta-cinc anys i el particularment envellit, amb més de vuitanta-cinc anys, continua creixent de manera significativa, amb l'augment de les demandes assistencials que això comporta.
- Un increment de la taxa de fecunditat general i del nombre de naixements. L'arribada massiva de dones en edat fèrtil, portadores, a més, en molts casos, d'un model molt pronatalistes, en què la maternitat té una consideració molt més important entre les dones i en què la fecunditat habitualment es produeix en edats més primerenques, fa que ràpidament creixi la xifra de naixements a les nostres Illes. Així, entre 1998, en què es registraren a les Illes 8.000 naixements, i 2008, en què arribaren a 12.700, s'ha produït un increment de prop del 60% en el nombre de nounats al nostre arxipèlag. Entorn d'un 30% del total són naixements de mares estrangeres, quan uns anys enrere, el 1996, aquesta xifra no assolía ni un 7%. Destaca el nombre de naixements de mare marroquina, mentre que per continent d'origen de les mares estrangeres, la posició capdavantera l'ocupa Amèrica del Sud, no solament per les taxes de fecunditat de les colònies equatorianes, argentines, colombianes i bolivianes, entre d'altres, sinó per l'elevat i ràpid increment d'aquests grups de població.
- L'augment de les parelles mixtes, entre ciutadans amb nacionalitat espanyola i residents provinents de l'estranger i entre residents a les Illes de nacionalitat estrangera. Mentre a mitjan dècada dels noranta el 90% dels enllaços matrimonials tenia els dos membres de nacionalitat estrangera, el 2008 més del 30% dels enllaços tenia algun estranger entre els concelebrants.

Taula 2 | Evolució de la població. Estat espanyol i Illes Balears. 1996-2009

	Total	Illes Balears		Naixements		Defuncions		Creixement vegetatiu		Balança migratori	
		Total	Illes Balears	Estat espanyol	Illes Balears	Estat espanyol	Illes Balears	Estat espanyol	Illes Balears	Estat espanyol	Illes Balears
2009	46.745.807	1.095.426									
2008	46.157.822	1.072.844	12.639	518.967	385.954	7.924	133.013	4.715	849.919	37.510	
2007	45.200.737	1.030.650	11.917	492.527	385.361	7.233	107.166	4.684	380.294	25.163	
2006	44.708.964	1.001.062	11.675	482.957	371.478	7.250	111.479	4.425	521.418	14.367	
2005	44.108.530	983.131	10.925	466.371	387.355	7.361	79.016	3.564	828.189	24.344	
2004	43.197.684	955.045	10.792	454.591	371.934	7.050	82.657	3.742	423.567	4.385	
2003	42.717.064	947.361	10.654	441.881	384.828	7.355	57.053	3.299	828.942	27.087	
2002	41.837.894	916.968	10.420	418.846	368.618	7.114	50.228	3.306	674.803	35.503	
2001	41.116.842	878.627	9.858	406.380	360.131	7.020	46.249	2.838	579.810	30.805	
2000	40.499.791	845.630	9.502	397.632	360.391	7.310	37.241	2.192	288.603	22.380	
1999	40.202.160	821.820	8.848	380.130	371.102	7.418	9.028	1.430	344.827	24.107	
1998	39.852.651	796.483	8.309	365.193	360.511	7.079	4.682	1.230	**	**	
1997	**	**	8.176	369.035	349.521	6.962	19.514	1.214	**	**	
1996	39.669.394	760.379	7.794	362.626	351.449	6.789	11.177	1.005	**	**	

** No disponibles o no es poden calcular a partir de les dades de la taula
 Font: INE i elaboració personal

Taula 3 | *Percentatge dels matrimonis segons la nacionalitat dels contraents. Illes Balears. 1996 - 2007*

	Ambdós espanyols	Home espanyol i dona estrangera	Dona espanyola i home estranger	Mateixa nacionalitat estrangera	Diferent nacionalitat estrangera
ILLES BALEARS					
2007	68,81	12,42	9,75	4,65	4,37
2006	70,19	13,32	7,93	4,53	4,03
2005	71,57	12,52	6,90	5,22	3,79
2004	70,00	12,43	7,71	6,15	3,71
2003	72,13	10,76	7,36	6,14	3,61
2002	80,90	8,44	5,08	2,57	3,01
2001	84,25	7,65	4,57	1,89	1,64
2000	88,27	6,12	3,47	1,07	1,07
1999	86,97	6,84	4,13	1,00	1,07
1998	89,10	5,52	3,48	1,02	0,89
1997	89,75	5,1	3,35	0,97	0,83
1996	90,29	4,48	3,71	0,72	0,79
1995	90,88	4,65	2,91	1,00	0,56
1994	91,13	4,53	3,08	0,79	0,48
1993	90,76	5,62	2,35	0,69	0,59
1992	90,99	5,12	2,43	1,09	0,37
1991	91,50	4,49	2,81	0,84	0,36
1990	92,10	4,52	2,39	0,63	0,37
1989	91,64	4,60	2,62	0,65	0,49
1988	92,50	4,45	1,84	0,68	0,53
1987	92,94	3,95	1,81	0,86	0,44
1986	93,47	3,75	1,85	0,70	0,24

Font: Ibestat

Hem d'entendre que uns fluxos migratoris tan intensos són el resultat d'una conjuntura econòmica de fort creixement i dels diferencials en les condicions de vida i serveis a la població que hi ha entre les societats emissores i la nostra societat.

A més de les conseqüències demogràfiques apuntades, un flux migratori tan intens també origina una sèrie d'impactes sobre la nostra societat. Ja hem esmentat la pressió sobre l'ús d'alguns serveis públics com la sanitat i l'educació o un increment de pressió sobre la llengua en una societat certament diglòssica, però també hem d'apuntar valors positius, com l'increment de recursos econòmics a la Seguretat Social (en els moments de màxima

ocupació), l'increment del consum intern i, per tant, del creixement econòmic general o la substitució dels rols que antigament estaven reservats a les dones a la nostra societat, que ha permès que s'alliberin de les tasques assistencials i s'insereixin en el món del treball, tot afavorint la igualtat entre sexes. Com que l'objectiu no és tanmateix analitzar el fenomen migratori general en profunditat, us remetem a les anàlisis sobre migració publicades pel catedràtic en Geografia Humana, doctor Pere Salvà, als capítols de demografia i societat de les memòries del CES (Carbonero, Carretero i Lluch) i a la lectura dels capítols de demografia i immigració dels anuaris econòmics i socials editats per Sa Nostra.

La crisi financera que esclatà el 2008 ha provocat una greu crisi econòmica en la qual ens trobam profundament immersos i això també es reflecteix en les dades migratòries registrades mitjançant les dades padronals de 2009 i 2010, amb un progressiu alentiment del creixement i amb un considerable alentiment del flux migratori internacional. Així, les dades provisionals d'1 de gener de 2010 mostren un creixement inferior a les 10.000 persones a les Illes Balears, de les quals poc més de 4.100 serien immigrants estrangers, mentre que la mitjana de creixement del decenni anterior era proper a les 30.000. Així mateix, aquestes dades fan que per primer cop en molts anys, el creixement vegetatiu superi el balanç migratori com a factor de creixement demogràfic a les nostres Illes.

Taula 4 | *Evolució de la població total i de la població amb nacionalitat estrangera a les Illes Balears i índexs de creixement*

Any cens/padró	Població total	Nacionalitat estrangera	Creixement interanual total	Creixement interanual estrangers	% Pob. Estrangera/ Creixement total	% Increment població	% Increment pob. estrangera
1996	760.379	32.102	***	***	***	***	***
1998	796.483	38.098	36.104	5.996	16,61	4,75	18,68
1999	821.820	45.017	25.337	6.919	27,31	3,18	18,16
2000	845.630	54.729	23.810	9.712	40,79	2,90	21,57
2001	878.627	73.614	32.997	18.885	57,23	3,90	34,51
2002	916.968	99.744	38.341	26.130	68,15	4,36	35,50
2003	947.361	126.505	30.393	26.761	88,05	3,31	26,83
2004	955.045	131.423	7.684	4.918	64,00	0,81	3,89
2005	983.131	156.270	28.086	24.847	88,47	2,94	18,91
2006	1.001.062	167.751	17.931	11.481	64,03	1,82	7,35
2007	1.030.650	190.170	29.588	22.419	75,77	2,96	13,36
2008	1.072.844	222.335	42.194	32.165	76,23	4,09	16,91
2009	1.095.426	237.562	22.582	15.227	67,43	2,10	6,85
2010*	1.105.184	241.704	9.758	4.142	42,45	0,89	1,74

Font: Elaboració personal a partir de les dades de l'INE (www.ine.es) i Ibestat (www.ibestat.cat)

Les dades de l'Estat espanyol mostren no solament la mateixa tendència, sinó que aquest fenomen és encara més obvi. Així, el creixement demogràfic estatal 2010-2009 ha estat de poc més de 200.000 persones, mentre que des del 2000 el creixement anual se situava entre les 500.000 i prop del milió. L'explicació la trobam en el descens del balanç migratori, que mostra que el nombre d'estrangers residents s'ha incrementat en uns 60.000 efectius en el darrer any, una xifra entre sis i dotze vegades més baixa que les registrades en els exercicis anteriors del segle XXI.

En definitiva, el 2010 trobam a les Illes i al conjunt de l'Estat espanyol una societat profundament transformada quantitativament i qualitativament pels forts corrents migratoris internacionals recents. Les Illes han sofert un impacte estructural més gran, com ho demostra la comparació amb altres comunitats autònomes. Així, segons dades padronals de 2010, mentre la població estrangera suposa el 12,16% de la població de l'Estat, a les Illes Balears aquesta proporció assoleix un pes proper al 22% (21,87%), gairebé deu punts per damunt de la mitjana estatal i amb la taxa més alta entre totes les comunitats autònomes. Aquesta migració té un origen majoritàriament laboral, però en el nostre arxipèlag coexisteixen altres factors causals, com tot seguit intentarem posar de relleu. Aquest ha estat un fenomen migratori intensíssim que difícilment mai no es tornarà a repetir i que, ateses les circumstàncies econòmiques actuals, ha experimentat un fre considerable, tot i que els fluxos immigratoris s'han continuat produint encara que amb una intensitat molt més baixa.

1.4. La causalitat dels moviments migratoris: els models de migració

Les Balears, com hem vist en parlar del marc físic, ocupen una cruïlla geogràfica que s'ha convertit en cruïlla de fluxos migratoris. Uns fluxos migratoris que han estat estudiats en profunditat i amb gran perspició pel doctor Pere Salvà, l'anàlisi del qual, extreta del número 2 de la revista dedicada a la immigració, publicada per la Conselleria d'Afers Socials del Govern de les Illes Balears, reproduïm tot seguit:

«Quant a la immigració d'estrangers, les Illes Balears es poden considerar com un laboratori d'anàlisi per a l'estudi de fenòmens de convergència dual en què conflueixen direccions i característiques distintes. Aquest model migratori dual es pot sintetitzar en un seguit de jocs de dualitats de diferent significat econòmic i social:

- a) Per les direccions dels fluxos immigratoris. Cal distingir dos corrents bàsics: el flux nord-sud i el flux sud-nord, la qual cosa es pot resumir a través de l'expressió de la migració de rics i pobres.
- b) Per les diferents motivacions per migrar. Fluxos immigratoris de motivació residencial i fluxos immigratoris de motivació laboral.

- c) Per la qualificació de les ocupacions en les quals treballen a les Illes. Migració laboral qualificada i migració laboral menys qualificada.
- d) Per la situació legal en la qual es troben els migrants. Migrants regularitzats i migrants no regularitzats o "sense papers". Aquesta situació és clau per a un important segment dels nous immigrants ja que un immigrant "sense papers" o indocumentat és un "mort civil", persones que no són ciutadanes sinó solament usuàries de serveis.
- e) Per la situació enfront de la població resident a les Illes Balears, que es pot sintetitzar a través de les situacions de complementarietat versus competència. Una part significativa del col·lectiu dels migrants representa una situació de complementarietat. Bàsicament és el cas dels migrants de motivació laboral i econòmica del sud que representen un paper de complementarietat, ja que treballen en les ocupacions que els residents rebutgen. L'altra part dels migrants representen una situació de competència. Es tracta de manera generalitzada dels migrants del nord, els procedents de l'Europa industrialitzada, generalment més qualificats, que competeixen en el mateix segment d'ocupacions que la població resident. D'aquesta manera, les Illes Balears s'han convertit en un espai de cruïlla en la qual conflueix una mobilitat humana, en què conviuen immigrants rics i pobres. Són un exemple de la complexa mobilitat humana de la Mediterrània. D'una exclusiva immigració residencial d'europaus de tipus d'oci, descans i retir, arribada des de la dècada dels anys setanta, que conformava un model tipus "nova Florida", s'ha derivat envers un nou model migratori en el qual cada vegada és més important la presència d'immigrants laborals tant d'origen europeu com extraeuropeu, situació que es pot considerar com a manifestació del fenomen tipus "nova Califòrnia". El fenomen de "nova Florida" constitueix un model migratori en el qual domina la motivació residencial no laboral dels migrants. Bàsicament es compon de fluxos de migrants d'edats adultes madures i grans, majoritàriament rendistes i retirats que tenen com a motivació bàsica la recerca d'espais residencials on ubicar les seves residències. El flux dels migrants estrangers de la fase de "nova Florida" s'inicia de manera significativa a partir dels anys setanta. La seva intensificació s'ha de relacionar amb la imatge de les Balears percebuda a través de les visites turístiques, que incideix sobre la decisió d'elegir-les com a lloc de residència per part d'un important col·lectiu de rendistes i retirats, que en una primera fase empraren els habitatges actuals com a habitatges de segona residència. Aquest flux migratori residencial es va intensificant els anys vuitanta i molt especialment a la dècada dels anys noranta. La composició de la immigració estrangera canvia de manera important des de la dècada dels anys noranta. Comença una nova fase migratòria, que denominam "nova Califòrnia", que representa una evolució des de l'anterior model migratori basat en el consum envers un nou model migratori, conseqüència de la conversió de les Illes en un espai d'alt creixement econòmic i d'increment de l'ocupació, d'alt dinamisme en les inversions i d'incidència de les noves tecnologies de les comunicacions. Aquests factors, d'una banda, provoquen una important demanda

d'ocupacions qualificades, tant de tècnics com d'executius i empresaris i, d'altra banda, conformen les Illes Balears com un territori amb importants dèficits de mà d'obra».

Cal dir que en aquest context també entra en escena l'anomenada teoria del sandvitx, exposada en diverses ocasions pel doctor Salvà. Aquesta teoria reflexiona sobre una situació paradoxal que es pot donar i que dificultaria en gran mesura l'accés al món del treball d'una part dels residents «autòctons». A partir de la certesa del baix nivell formatiu de la societat illenca (fruit de plantejaments economicistes i de la facilitat de l'accés al món del treball en moments de bonança econòmica), es planteja un escenari en què la població illenca hauria de competir, en un mercat de cada vegada més exigent i en un procés de contracció, amb dos tipus de treballadors. D'una banda, per damunt, trobaríem els immigrants del nord, de l'est d'Europa i, en mesura més petita, també d'altres procedències, amb una elevada capacitació i titulació professionals, amb un domini més gran d'idiomes i, moltes vegades, amb més ètica laboral. De l'altra, se situaria el flux qualificat per Salvà com a immigrants del sud, amb poca qualificació, però disposats a ocupar qualsevol lloc de treball no qualificat vacant, fins i tot els tradicionalment rebutjats pels illencs. En aquest context, desapareix la complementarietat i, automàticament, operen processos ferotges de competència.

En aquest entorn, caracteritzat per un mercat enormement competitiu, amb la internacionalització dels fluxos laborals i en un context de flexibilització i creixement del mercat laboral, l'única opció vàlida és fomentar l'increment de la capacitació professional dels treballadors i la generalització del coneixement d'idiomes i de les noves tecnologies com l'únic camí per garantir l'èxit laboral i la inserció en el món del treball.

Quan analitzem la població resident de la tercera edat a les Illes haurem de tenir presents aquests models i ens ajudaran a comprendre l'estructura i la distribució de la població analitzada.

1.5. Les causes de migració manifestades pels immigrants (Enquesta nacional d'immigrants INE (2007))

Les raons migratòries, les motivacions que condueixen a decidir i executar el trasllat i la vinguda al nostre arxipèlag havien estat posades en relleu fins fa ben poc pels analistes socials a partir de fonts indirectes i de manera poc menys que intuïtiva. Per això, atesa la importància recent del fenomen migratori, l'Institut Nacional d'Estadística posà en marxa una enquesta adreçada als immigrants per conèixer, com s'exposa en la metodologia de l'enquesta, el procés migratori des dels orígens en el país de naixement fins a l'arribada a l'Estat espanyol, els canvis de residència un cop han arribat, les xarxes que s'estableixen entre els migrants i altres aspectes relacionats amb les decisions i les estratègies que fan que Espanya sigui la destinació seleccionada per establir-s'hi. L'enquesta fou adreçada a

totes les persones de setze anys o més amb origen exterior a l'Estat espanyol i residents en aquest Estat en el moment d'efectuar-se l'enquesta.

Els resultats de l'enquesta es poden consultar a la pàgina de l'INE (www.ine.es) o, amb adaptació a la nostra autonomia, a la de l'Ibestat (www.ibestat.cat).

No farem un repàs sistemàtic de l'Enquesta nacional d'immigrants, sinó que ens centrarem només en l'aspecte indicat: les motivacions que condueixen els ciutadans estrangers a establir-se en el nostre territori. Hem de tenir en compte que aquesta pregunta és de resposta múltiple i això significa que cada immigrant enquestat pot marcar més d'una opció o causa migratòria.

La causa que surt en primer lloc com l'opció majoritàriament assenyalada és la qualitat de vida. És evident que hom, quan decideix migrar, cerca una millora en les condicions de vida que, fins aleshores, havia tingut en el país d'origen. La qualitat de vida és un concepte ambigu però significa, entre d'altres coses, gaudir d'un entorn lliure i segur, disposar d'un medi ambient en bon estat de conservació i accessible, un lloc de residència amb uns bons serveis públics (sanitat, educació...), un nivell adequat de seguretat ciutadana, llibertat de pensament polític i de pràctica religiosa... Totes aquestes condicions les reuneix, sens dubte, la nostra societat. Alguns d'aquests factors també apareixen com a algunes de les opcions triades.

Taula 5 | *Immigrants per motius de trasllat a Espanya*

	Immigrants
Per jubilació	6.728
Per canvi de destinació laboral	13.066
Per manca de lloc de feina	32.340
Cerca un lloc de feina més bo	54.095
Per raons polítiques	4.039
Per raons religioses	142
Per raons formatives o educatives	7.047
Per la qualitat de vida	73.573
Per raons familiars (reagrupament)	50.954
Pel cost de vida	18.319
Pel clima	25.480
Per estada temporal en país de trànsit	2.149
Per altres raons	31.596

Notes: 1. Pregunta de resposta múltiple

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (Ibestat) a partir de dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Les motivacions laborals i econòmiques són també, lògicament, arguments bàsics assenyalats en l'enquesta com a motius d'emprendre la migració.

Tot seguit apareix, en una posició ben destacada, el reagrupament familiar. Molts són els immigrants que emprenen la migració individualment i, un cop establerts, intenten dur les seves famílies: marits/mullers, fills i també pares. Aquest cas ens pot interessar en aquest estudi, pel fet que suposa una migració de gent gran que entraria o estaria a punt d'entrar en l'àmbit del nostre estudi.

La valoració del clima surt també com una de les causes de decisió de la migració. Aquest cas, així com també el factor de la jubilació com a causa de la migració, constituïrien un grup de factors que, juntament amb la qualitat global de la vida, explicarien un volum important dels moviments immigratoris i l'establiment de residents provinents dels països del nostre entorn.

Cal incidir en un factor que de cada vegada és més freqüent: l'establiment, temporal o definitiu, per causes educatives i formatives. Aquest factor és més habitual entre les persones amb alt nivell formatiu que decideixen acabar o ampliar els seus estudis universitaris al nostre país. Hem d'anar abandonant la idea preconcebuda del baix nivell formatiu dels immigrants, atès que no es correspon a la realitat, i també hem d'eliminar la càrrega negativa del concepte d'immigrant. La paraula immigrant només significa persona arribada a un lloc en què es fa un estudi des d'una altra entitat territorial. Per tant, des d'un punt de vista demogràfic té una càrrega conceptual neutra. No és així entre una gran part de la població, que confereix a aquesta paraula tot un seguit de qualificatius negatius. Cal dir que, a més, ateses les circumstàncies de profunda crisi econòmica i les dificultats per accedir al món del treball, ens trobam en un moment especialment crític pel que fa a les relacions entre la població amb nacionalitat espanyola i amb nacionalitat estrangera. És fàcil que es produeixin tensions i conflictes que acaben en manifestacions i posicions xenòfobes o racistes, del tot injustificades.

Finalment, cal indicar que l'enquesta recull també motivacions de llibertat de pensament i consciència. Així, adquireix una certa importància la causalitat de migració per motius polítics i, en una proporció molt més petita, gairebé residual, la de caràcter religiós. Possiblement, en algun cas, poden sustentar la determinació del fet migratori. Gràcies al llarg període de democràcia a l'Estat, molts ja no són conscient del que significa viure privats del dret d'opinió i d'intervenció en la vida política, però molts immigrants viuen en dictadures molt dures en què els estats, a més de la privació de drets polítics bàsics, poden operar amb gran impunitat i deixar en total inseguretat jurídica els afectats. Pel que fa a motius religiosos, tot i tenint en compte que són esmentats com a causa migratòria en una reduïdíssima proporció en les enquestes, podem trobar tant immigracions per poder dur a terme cultes prohibits en els territoris de provenença com, en l'altre extrem, migracions que fugen de territoris en què la religió s'ha radicalitzat i ha eliminat llibertats públiques, fet que ha causat la fugida de part de la població. (vegeu la taula 5)

El resultat final per a les Illes Balears és que han sumat prou factors d'atracció per esdevenir la comunitat autònoma amb un pes més gran d'estrangers residents de l'Estat espanyol.

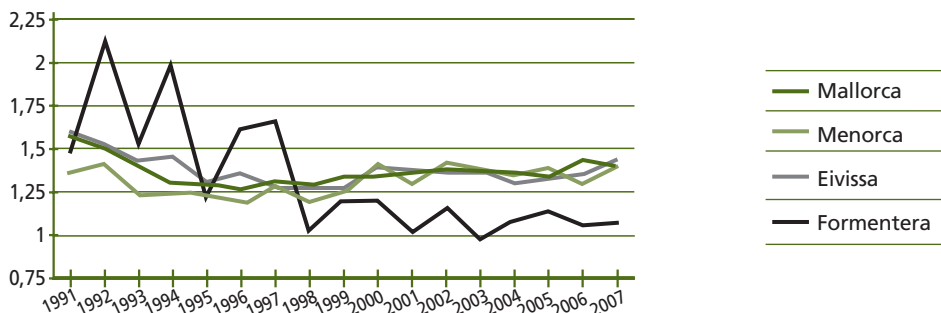
2. La població estrangera de més de seixanta-cinc anys a les Illes Balears

2.1. Algunes consideracions generals sobre l'envelliment a les Illes Balears

La població illenca, com la població mundial i la dels països desenvolupats en particular, experimenta un procés conegut com a envelliment de la població. Aquest procés, d'escala global i difícilment reversible, és conseqüència de l'increment de l'esperança de vida, d'una banda, i de la reducció de les taxes de fecunditat total de les dones, de l'altra.

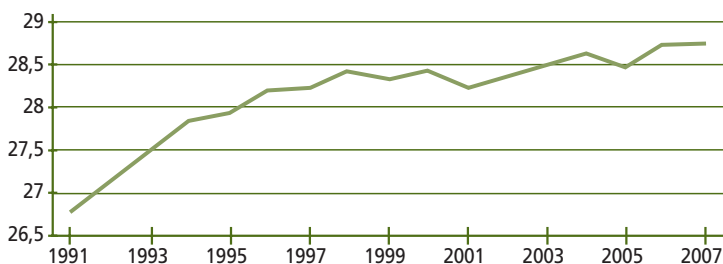
L'estructura demogràfica del nostre arxipèlag també participa d'aquestes característiques. Així, pel que fa a la reducció de la fecunditat de les dones residents al nostre arxipèlag, cal dir que, des dels anys setanta, la taxa ha anat baixant de manera força destacable. Així, mentre l'any 1975 la mitjana de fills per dona se situava prop dels 3 fills (2,84), el 1980 és el darrer any en què se superà la taxa de reemplaçament i es va assolir la xifra de 2,187 fills per dona. De llavors ençà, s'inicià un progressiu descens de la taxa que assoleix els mínims a mitjan dècada dels noranta (1,273 el 1996). A partir d'aquest mínim i fruit dels nous fluxos immigratoris de poblacions amb models reproductius més fecunds i un gran nombre d'efectius en edat fèrtil, la taxa puja i s'assoleix, segons les darreres dades de què disposem del 2008, una taxa d'1,467. Hem d'esperar certament que, a curt termini, fruit de l'aturada massiva dels fluxos migratoris i del control de la fecunditat en un entorn de crisi econòmica, la taxa de fecunditat total experimenti un altre cop un nou descens.

Gràfic 1 | Evolució del nombre mitjà de fills per dona, per illes. 1991-2007



Aquest comportament reproductiu es relaciona amb certs factors generals, com el nou rol de la dona en la societat, que retarda l'edat de tenir el primer fill (i moltes vegades únic) per uns processos formatius de cada vegada més llargs i la consolidació d'una situació estable de cada vegada a edat més avançada (feina estable, accés a l'habitatge...). Actualment, l'edat mitjana de tenir el primer fill se situa aproximadament entorn dels trenta anys. Així mateix, el comportament poc pronatalista en què vivim és conseqüència dels nous valors que trobam a la societat, entre els quals podem indicar, entre d'altres aspectes, les elevades expectatives per als nostres fills, fet que suposa una elevada inversió en temps i doblers per unitat i també el desig de gaudir del temps lliure i les pròpies aficions.

Gràfic 2 | *Edat mitjana de la mare en tenir el primer fill. 1991-2007. Illes Balears*



Font: Ibestat

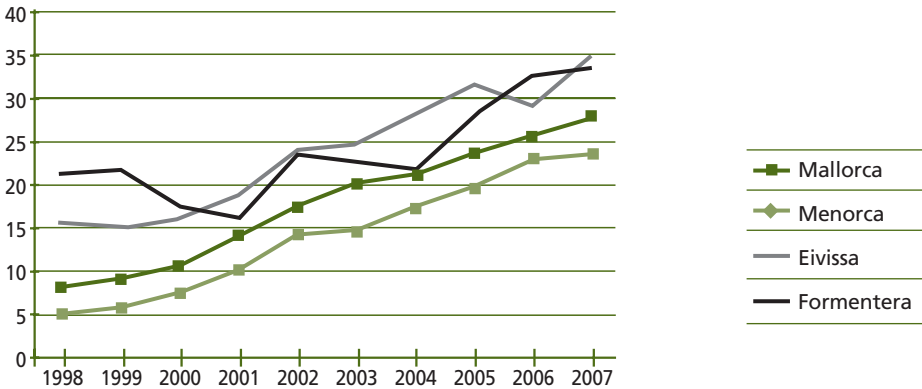
Pel que fa a l'esperança de vida, tothom sap que els anys que hom pot esperar viure han augmentat, de mitjana, considerablement al llarg del segle XX. Les millores en l'educació, les infraestructures de sanejament (xarxes de clavegueram i aigua potable), la generalització de la higiene personal, la construcció d'habitatges més bons, els avenços científics i tècnics aplicats a la salut, la millora en l'alimentació... han fet que, de cada vegada, l'esperança de vida s'apropi més al límit de la longevitat humana. L'espècie humana, com la resta d'espècies animals, té uns límits biològics no exactament establerts que podem situar, si fa no fa, sobre els cent anys, per posar-hi una xifra rodona. És cert que hi ha persones que superen aquesta barrera, però estadísticament són molt poques. Així, l'esperança de vida en néixer se situaria a les Illes Balears, segons dades de l'INE de l'any 2008, en 81,2 anys, amb una clara asimetria entre sexes. L'esperança de vida de les dones assoleix unes taxes superiors, de prop de 84 anys, i la dels homes se situaria en 78,4 anys. L'increment en l'esperança de vida és bastant significatiu i entre l'any 1991 i el 2008 ha estat de 5,2 anys de mitjana; sis anys per als homes i quatre anys per a les dones.

Les diferències quant a l'esperança de vida entre sexes semblen conseqüència de dos grups de factors: d'una banda, factors biològics, que afavoririen l'esperança de vida de les

dones, i, de l'altra, factors socials, que introduirien elements més negatius en l'esperança de vida dels homes (taxes més altes d'accidents de vehicles de motor, més comportaments i pràctiques de risc, taxes de drogoaddicció més elevades...).

Quina és la perspectiva de futur? Atès l'avenç dels progressos tècnics i científics, és possible que l'esperança de vida encara pugui més en el futur, però segurament aquest increment serà més lent a mesura que ens acostem al límit biològic. Així mateix, hi ha certs factors, com els hàbits de vida i l'alimentació, que també poden incidir molt negativament en l'esperança de vida. D'una banda, tot i l'enduriment de les legislacions de venda i consum, un elevat percentatge de dones han adquirit l'hàbit del consum de tabac, cosa que pot incidir en una incidència més alta de malalties cardiorespiratòries en els propers decennis i, així mateix, la modificació en l'alimentació fa que la població presenti problemes de sobrepès i excessiu consum de greixos, cosa que, unida a la vida urbana sedentària, potencia el risc de patir malalties i escurçar la vida dels qui no vetllin per la seva salut. Alguns metges especialistes en nutrició han resumit la situació actual tot dient que, per primer cop, l'esperança de vida dels fills podria ser inferior a la dels pares si no hi posen algun tipus de remei.

Gràfic 2A | *Evolució del percentatge de nascuts de mares de nacionalitat estrangera per illes. 1998-2007*



Font: Ibestat

Els recents fluxos migratoris internacionals de tipus bàsicament laboral han atret un gran contingent de població adulta jove. El resultat ha estat obvi a les Balears: d'una banda, s'ha produït el rejuveniment immediat de la població i, a curt termini, per efecte de la fecunditat del grup nouvingut (recordem la important aportació de les mares immigrants al total dels naixements que es registren actualment), s'incrementa i accentua aquest procés en acumular més població nounada.

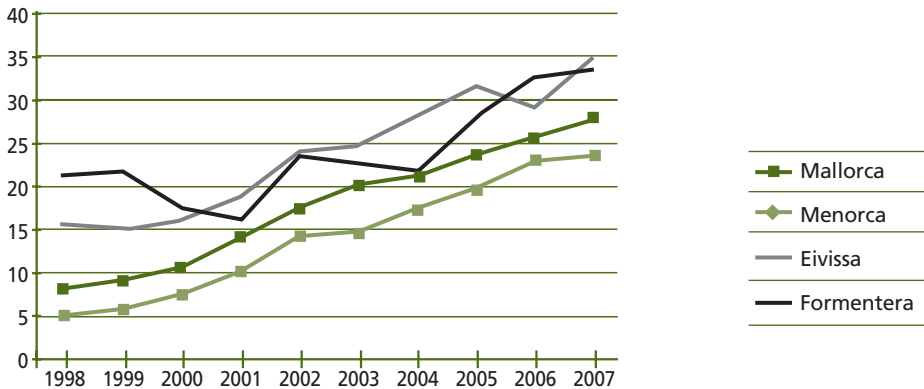
Sigui com sigui, malgrat que ens trobam en una situació de gran creixement demogràfic en les capes d'edat mitjanes i d'aportacions importants en els grups de nounats, cosa que determina un rejuveniment global i estadístic de la població del nostre arxipèlag, és evident que continua, pels processos d'envelliment descrits i per l'arribada a l'edat de jubilació de contingents cada cop més extensos, un creixement quantitatiu evident dels grups de més edat de la nostra societat. Així, de les poc més de 125.000 persones de seixanta-cinc anys o més que hi havia a les Illes Balears el 2000, s'ha passat a les més de 154.000 l'any 2010 (dades provisionals). Aquest increment suposa un augment superior al 23% d'aquest col·lectiu. Més important és, encara, l'augment de la població sobreenvellida, la que té vuitanta-cinc anys o més, que en el mateix període passa dels 13.600 efectius a una xifra propera als 20.000 (19.640, per ser exactes), amb un espectacular increment percentual del 44%. Aquesta important acumulació d'efectius en els grups superiors de la piràmide demogràfica suposa un increment significatiu en la demanda de serveis, equipaments i prestacions específiques. Aquest procés, lluny d'aturar-se, s'intensificarà en el futur.

Per acabar, cal comentar només que, a mesura que avançam en la piràmide demogràfica, es produeix una progressiu increment percentual de la població femenina. Aquest fenomen és especialment palès en els grups de més edat i es coneix amb el nom de feminització de la vellesa. Així, de les 19.640 persones de vuitanta-cinc anys o més l'any 2010 a les nostres Illes, 6.304 són homes, mentre que de dones n'hi ha 13.336, és a dir, gairebé el 68% de la població d'aquest grup d'edat.

Si analitzam la taxa d'envelliment de la població de l'arxipèlag respecte de les altres autonomies, (vegeu taula 6) veurem que la taxa de les Balears és sensiblement inferior a la mitjana de l'Estat (13,97 enfront del 16,89 de mitjana). En realitat, només les Illes Canàries (13,43) i Múrcia (13,78) presenten uns índexs d'envelliment més baixos. Contràriament, Castella i Lleó, Galícia i Astúries presenten unes estructures demogràfiques significativament envellides, ja que superen el 22% de població de més de seixanta-cinc anys o, el que és el mateix, un poc més d'una de cada cinc persones d'aquestes regions es troba en el grup anomenat de la tercera edat. La caracterització de les regions més joves i les més velles de l'Estat és clara. D'una banda, trobam àrees costaneres i dinàmiques, en què el turisme i la construcció han estat factors bàsics de dinamització econòmica. La forta dinàmica econòmica ha provocat l'arribada d'importantíssims contingents tant d'altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol com de l'estranger i, recentment, han experimentat amb intensitat els nous corrents migratoris laborals internacionals. L'arribada de població jove ha determinat un dinamisme demogràfic intern que ha reforçat el procés de rejuveniment immigratori. Aquestes zones, a més, per les seves característiques climàtiques, socials i ambientals, han afavorit la instal·lació d'immigrants residencials i han dinamitzat encara més l'activitat econòmica de les àrees receptores. Les comunitats amb una taxa d'envelliment més alta presenten models gairebé oposats a l'anterior. Es tracta de comunitats amb una llarga història d'emigració i, per tant, amb pèrdua de potencial

fecund. Aquesta pèrdua de població jove, per la manca d'un dinamisme econòmic suficient per absorbir la població existent, ha produït un procés de declivi demogràfic intern que es reflecteix, fins i tot, en creixements vegetatius negatius (hi ha més defuncions que naixements) i volums de població molt estacionaris i, fins i tot, en recessió.

Gràfic 3 | *Evolució del percentatge de nascuts de mares de nacionalitat estrangera per illes. 1998-2007*



Font: Ibestat

2.2. La població estrangera: una estructura demogràfica molt més jove que l'estructura de la població de nacionalitat espanyola

Hem parlat del ràpid i potent creixement de la població estrangera a les Illes Balears i a l'Estat espanyol. Aquest flux de població tan potent, de població jove, productiva i fecunda, determina que les taxes d'envelliment de la població per nacionalitat siguin molt diferents o, dit d'una altra manera, l'anàlisi de les taxes d'envelliment palesa la intensitat i la joventut dels fluxos produïts.

Segons dades provisionals del padró de 2010, hi ha a l'Estat espanyol un 16,89% de la població amb seixanta-cinc anys o més, és a dir, 7.929.269 persones de les 46.951.532 empadronades. La diferència, analitzant els contingents demogràfics quant a nacionalitat, és més que evident. Aquí, la taxa d'envelliment de la població espanyola puja fins al 18,48%, mentre que quan analitzam la mateixa taxa per a la població de nacionalitat estrangera aquest percentatge baixa fins al 5,4%. Des d'un punt de vista estructural, els 308.027 estrangers de seixanta-cinc anys o més són una petita fracció dels més de 5.700.000 de residents de l'Estat espanyol.

Taula 6 | Població total i més gran de 65 per nacionalitat i comunitat autònoma de residència

	Població Total				Espanyols				
	Total	65 anys o més	% > 65 anys / Total població	% > 65 / Població 65 anys estat	Total	Pes CA	65 anys o més	% > 65 anys / Total	% > 65 espanyols / Població 65 anys estat
Total Espanya	46.951.532	7.929.269	16,89	100,00	41.242.592	100,00	7.621.242	18,48	100,00
Andalusia	8.353.843	1.250.622	14,97	15,77	7.655.468	18,56	1.187.714	15,51	15,58
Aragó	1.345.419	266.045	19,77	3,36	1.173.404	2,85	263.755	22,48	3,46
Astúries	1.084.109	238.981	22,04	3,01	1.034.960	2,51	237.612	22,96	3,12
Illes Balears	1.105.184	154.402	13,97	1,95	863.480	2,09	134.556	15,58	1,77
Canàries	2.114.928	283.994	13,43	3,58	1.809.267	4,39	248.021	13,71	3,25
Cantàbria	591.886	109.565	18,51	1,38	552.876	1,34	108.678	19,66	1,43
Castella i Lleó	2.555.715	578.069	22,62	7,29	2.388.118	5,79	575.271	24,09	7,55
Castella – la Manxa	2.095.855	368.640	17,59	4,65	1.867.565	4,53	365.994	19,60	4,80
Catalunya	7.504.881	1.238.868	16,51	15,62	6.311.598	15,30	1.208.716	19,15	15,86
Comunitat Valenciana	5.099.274	855.717	16,78	10,79	4.214.652	10,22	749.111	17,77	9,83
Extremadura	1.105.481	211.985	19,18	2,67	1.066.734	2,59	210.753	19,76	2,77
Galícia	2.796.811	619.697	22,16	7,82	2.687.589	6,52	615.144	22,89	8,07
Madrid	6.445.499	947.726	14,70	11,95	5.374.207	13,03	926.840	17,25	12,16
Múrcia	1.460.164	201.210	13,78	2,54	1.219.559	2,96	190.282	15,60	2,50
Navarra	636.038	110.554	17,38	1,39	565.107	1,37	109.509	19,38	1,44
País Basc	2.178.061	417.694	19,18	5,27	2.038.832	4,94	415.234	20,37	5,45
La Rioja	321.780	58.779	18,27	0,74	275.438	0,67	58.167	21,12	0,76

	Estrangers				
	Total	Pes CA	65 anys o més	% > 65 anys /Total	% > 65 estrangers/ Població total 65 anys estat estrangers
Total Espanya	5.708.940	100,00	308.027	5,40	100,00
Andalusia	698.375	12,23	62.908	9,01	20,42
Aragó	172.015	3,01	2.290	1,33	0,74
Astúries	49.149	0,86	1.369	2,79	0,44
Illes Balears	241.704	4,23	19.846	8,21	6,44
Canàries	305.661	5,35	35.973	11,77	11,68
Cantàbria	39.010	0,68	887	2,27	0,29
Castella i Lleó	167.597	2,94	2.798	1,67	0,91
Castella – la Manxa	228.290	4,00	2.646	1,16	0,86
Catalunya	1.193.283	20,90	30.152	2,53	9,79
Comunitat Valenciana	884.622	15,50	106.606	12,05	34,61
Extremadura	38.747	0,68	1.232	3,18	0,40
Galícia	109.222	1,91	4.553	4,17	1,48
Madrid	1.071.292	18,77	20.886	1,95	6,78
Múrcia	240.605	4,21	10.928	4,54	3,55
Navarra	70.931	1,24	1.045	1,47	0,34
País Basc	139.229	2,44	2.460	1,77	0,80
La Rioja	46.342	0,81	612	1,32	0,20

Font: INE

Les Illes Balears presenten una mateixa tendència però amb uns indicadors que han de ser matissats. En primer lloc, la taxa d'envelliment és inferior a la mitjana estatal; de fet, és de les més baixes de l'Estat (13,97%). Contràriament, pel que fa a l'índex d'envelliment de la població estrangera, la xifra és superior a la mitjana estatal (assoleix un valor de 8,21%) i se situa com la quarta més alta després de les taxes de la Comunitat Valenciana (12,05), les Illes Canàries (11,77) i Andalusia (9,01), molt per damunt d'altres comunitats que no arriben al 2%. De fet, podem arribar a una conclusió ben clara: l'índex d'envelliment de la població estrangera pot ser utilitzat com a indicador fefaent de la tipologia migratòria d'una àrea d'estudi. Coincideix de manera molt clara l'índex d'envelliment d'una zona i l'existència a aquella àrea de colònies estrangeres de països europeus que s'hi han instal·lat per motius residencials, tot cercant unes condicions de vida més bones que les que troben als seus països d'origen.

Baixant d'escala geogràfica, podem analitzar què succeeix a l'àmbit insular. Hem recorregut a les dades de l'IBESTAT que, en aquest cas, són del cens de 2009, el darrer amb dades oficials definitives. L'índex d'envelliment total per illa fluctua entre el més baix, del 10,82%, de l'illa d'Eivissa, i el màxim, que s'assoleix a l'illa de Mallorca, amb un 14,15%. Formentera, amb un 12,81%, i Menorca, amb el 13,71%, se situarien en les posicions intermèdies. La mitjana de l'arxipèlag se situaria en el 13,71%. Si l'anàlisi es fa amb les taxes calculades sobre població de nacionalitat espanyola, les taxes, més elevades en aquest cas, fluctuarien entre el 12,40% de Formentera i el 15,94% de Mallorca. Les taxes d'envelliment calculades sobre la població estrangera mostren un valors significativament més baixos. De fet, la taxa d'envelliment de la població de nacionalitat estrangera a les Illes és la meitat de la taxa d'envelliment de la població de nacionalitat espanyola. Hi ha, així mateix, una dispersió més gran entre les taxes d'envelliment de la població estrangera entre illes. Així, el mínim és assolit a l'illa d'Eivissa, amb un 6,29%, mentre que el màxim, més del doble de l'anterior, el trobam a Formentera, amb un 13,73%. Menorca, amb un 10,72%, i Mallorca, amb un 7,6%, molt proper al 7,7% de mitjana de l'arxipèlag, conformen la resta de taxes insulars. Aquests indicadors mostrarien una vocació residencial més gran a l'illa de Formentera i a Menorca.

2.3. Alguns col·lectius estrangers europeus presenten taxes d'envelliment molt elevades

No ens podem quedar com a única idea de la població estrangera resident a les Illes que es tracta d'una població jove. Això és una veritat estadística però, com a generalització social, oculta una gran diferència entre les poblacions estrangeres residents en el nostre territori.

Hi ha un conjunt molt important de població resident que presenta unes taxes d'envelliment palesament superiors no solament a la mitjana d'envelliment de la societat illenca (13,97% segons padró provisional de 2010) sinó també a la mitjana dels residents amb nacionalitat espanyola (15,58%).

En total, catorze nacionalitats presenten unes taxes d'envelliment destacables. Entre aquests països, en trobam alguns que tenen una població absoluta resident tan escassa que és difícil treure'n qualsevol conclusió, en aquest sentit. Serien els casos de Xipre (dos residents i 100% de taxa d'envelliment), Iran (72 residents i un 22,22%), Indonèsia (17 residents i 17,65%), Liechtenstein i Angola (ambdós amb sis residents i un 16,67%). Contràriament, entre els residents estrangers de països amb elevades taxes d'envelliment, trobam alguns dels països amb un nombre més gran de residents a les Illes. Tots els països que presenten elevades taxes d'envelliment són països europeus, als quals també cal afegir-hi els Estats Units d'Amèrica. Tots presenten unes característiques similars. Es tractaria de països dels nostre entorn socioeconòmic, que formen part de l'anomenat flux nord-sud i amb motivacions de migració que podem recolzar tant en el model de nova Califòrnia com, especialment, en el de nova Florida.

Taula 7 | *Pes de la població de 65 o més anys sobre el total de la població. Total espanyols, total estrangers i països UE*

Ambdós sexes	Dades provisionals padró 1 de gener de 2010					
	TOTAL ESPAÑA			BALEARS (ILLES)		
	Total	65 anys o més	Total	Total	65 anys o més	Total
TOTAL	46.951.532	7.929.269	16,89	1.105.184	154.402	13,97
ESPANYOLS	41.242.592	7.621.242	18,48	863.480	134.556	15,58
ESTRANGERS	5.708.940	308.027	5,40	241.704	19.846	8,21
EUROPA	2.572.894	257.427	10,01	132.414	17.886	13,51
UNIÓ EUROPEA	2.346.515	240.609	10,25	126.698	17.268	13,63
Alemanya	195.579	55.996	28,63	35.934	8.180	22,76
Àustria	10.927	1.933	17,69	1.505	201	13,36
Bèlgica	36.087	9.500	26,33	1.813	352	19,42
Bulgària	169.195	2.073	1,23	9.082	161	1,77
Xipre	198	7	3,54	2	2	100,00
Dinamarca	13.141	3.813	29,02	762	149	19,55
Eslovènia	1.277	15	1,17	105	0	0,00
Estònia	1.490	21	1,41	103	1	0,97
Finlàndia	12.453	4.305	34,57	353	58	16,43
França	123.681	15.679	12,68	8.602	1.522	17,69
Grècia	4.761	218	4,58	252	9	3,57
Hongria	8.432	152	1,80	511	11	2,15
Irlanda	17.552	2.606	14,85	729	57	7,82
Itàlia	183.999	12.737	6,92	16.766	1.034	6,17

Letònia	3.426	44	1,28	103	2	1,94
Lituània	22.252	168	0,75	242	1	0,41
Luxemburg	672	177	26,34	53	9	16,98
Malta	232	20	8,62	12	0	0,00
Països Baixos	53.919	10.932	20,27	3.174	409	12,89
Polònia	86.199	813	0,94	4.175	29	0,69
Portugal	142.299	6.178	4,34	2.746	76	2,77
Regne Unit	387.226	100.458	25,94	23.433	4.648	19,84
República Txeca	9.155	106	1,16	982	8	0,81
República Eslovaca	8.123	66	0,81	745	2	0,27
Romania	829.715	5.697	0,69	12.581	96	0,76
Suècia	24.525	6.895	28,11	1.933	251	12,98

Font: INE

Ja hem indicat, en analitzar el marc físic de l'arxipèlag, alguns factors que fan desitjable la instal·lació de població del nord a les nostres illes, juntament amb altres factors d'organització de la nostra societat. El clima, el paisatge, l'entorn natural, l'aïllament relatiu de l'exterior, la facilitat de desplaçar-se en temps i en cost als països de provenença, l'existència de serveis sanitaris d'elevada qualitat, l'oferta cultural i d'esbarjo, juntament amb la presència de professionals dels països emissors que els poden atendre i servir en cas de necessitat, entre d'altres, determinen la importància dels fluxos migratoris residencials de població estrangera a les nostres illes.

Els països que més participen en aquest corrent migratori, al qual, a més, s'hi suma població resident que s'instal·la anys enrere i que ha anat envellint, són els que tenen unes colònies més nombroses entre les poblacions residents amb nacionalitat estrangera.

Així, Suïssa és el país que té una proporció més gran de residents de seixanta-cinc anys o més; gairebé un de cada tres entra dins aquesta categoria. Alemanya és el país que apareix a continuació en el rànquing de nacionalitats residents amb una taxa d'envelliment més elevada. El cas alemany és especialment important atès, no ho hem d'oblidar, que la colònia alemanya és la més nombrosa entre els col·lectius residents estrangers a les nostres illes. Així, dels 35.934 alemanys residents segons dades de 2010, prop de 8.200 tenen seixanta-cinc anys o més, amb la qual cosa assoleixen una taxa d'envelliment del 22,22%. El Regne Unit, Dinamarca i Bèlgica presenten, al seu torn, una taxa d'envelliment superior al 19%, mentre que França supera el 17%, un punt per damunt d'altres països, com Luxemburg i els Estats Units. Després d'Alemanya, per volum de la colònia resident i amb una taxa elevada d'envelliment, se situarien els residents del Regne Unit (4.648 persones de seixanta-cinc anys o més) i França (1.522).

2.4. Contràriament, altres col·lectius estrangers tenen taxes d'envelliment molt baixes

Hi ha trenta-set països (d'Àsia, d'Àfrica i d'Amèrica) que tenen població resident a l'arxipèlag que no tenen cap component amb seixanta-cinc anys o més i solament són un exemple del que succeeix, encara que no en una mesura tan accentuada, entre d'altres col·lectius. La majoria dels països que tenen aquestes taxes d'envelliment tan baixes són provinents d'Amèrica del Sud, que presenta una taxa mitjana d'envelliment inferior al 2%, ja que dels 58.347 residents només 1.162 assoleixen els estrats d'edat més elevats i, sobretot, Àfrica, que presenta una taxa conjunta baixíssima del 0,76%, a partir del que suposen 272 residents de seixanta-cinc anys o més sobre un total de 35.725 persones.

Aquests col·lectius tan nombrosos, amb unes taxes d'envelliment tan baixes, determinen que l'anàlisi col·lectiva de l'envelliment per nacionalitat ens fes afirmar uns apartats enrere que la població estrangera és més jove que la de nacionalitat espanyola. És necessari, en tot cas, recordar que la població estrangera no constitueix un grup monolític, ans al contrari, presenta unes característiques molt diverses, començant per la composició etària. Els diferencien les llengües de comunicació, les tradicions, la cultura, la religió... Mai en tota la història de la nostra societat, i en tan poc temps, han coexistit poblacions tan diverses i divergents, en alguns aspectes. Les institucions han de treballar per potenciar el respecte mutu i intentar substituir alguns elements de la cultura i la tradició antidemocràtics i/o no acceptats en el món occidental actual. La discriminació de la dona, en qualsevol de les formes que pugui assolir, com l'ablació del clítoris, la poligàmia, l'obligació de no mostrar-se en públic o ocultar determinades parts del cos de forma no voluntària, la prohibició o el desestímul de continuar estudis secundaris o superiors... són alguns dels elements que s'han d'eradicar, com també els extremismes de tots tipus, en especial les lectures perverses dels textos religiosos sagrats. Així mateix, s'ha de treballar per evitar els conflictes racistes i xenòfobs que poden esclatar entre alguns grups d'espanyols i estrangers o entre estrangers amb distints orígens o aparences físiques. L'escola, amb els plans d'acolliment lingüístic i altres mesures exposades per Vidaña (2008), o els mitjans de comunicació, amb programes com *Karakia* que ens mostren els col·lectius nouvinguts a través de les seves cultures, són accions importants amb vista a afavorir la valorització i la integració d'aquests col·lectius. La multiculturalitat és una oportunitat, una troballa de cultures i persones en unes coordenades espacials i temporals que poden i han de servir per enriquir i enfortir el conjunt de la nostra societat.

Taula 8 | Població estrangera resident i proporció de població de 65 o més anys de països no europeus, per àrees i països amb més de 1.000 residents

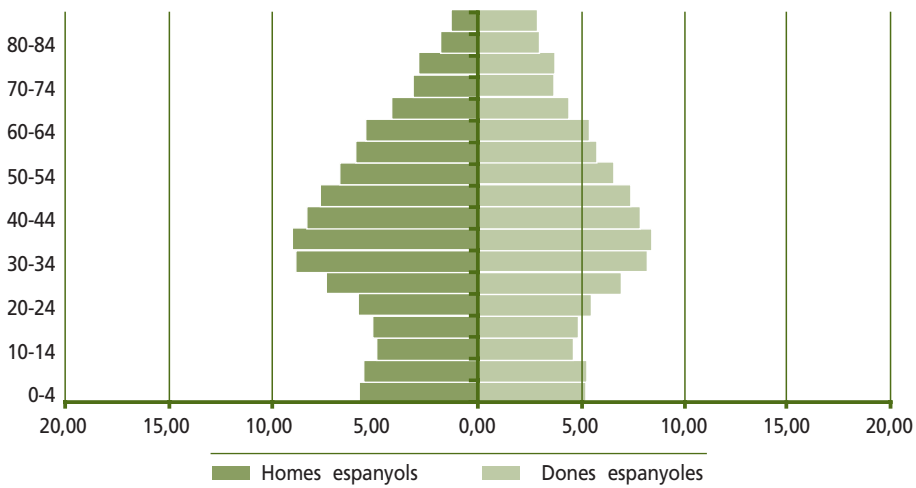
Lloc	Ràtio homes / dones			Ambdós sexes			Homes			Dones		
	Ràtio homes / dones	Total	% 65 anys o més	% 65 o més / Total	Total	65 anys o més	% 65 o més / Total	Total	65 anys o més	% 65 o més / Total	Total	65 anys o més
ÀFRICA	1,80	35.725	272	0,76	22.963	151	0,66	12.762	121	0,95	0,95	0,95
Marroc	1,55	23.815	197	0,83	14.484	108	0,75	9.331	89	0,95	0,95	0,95
Senegal	3,37	3.787	12	0,32	2.921	12	0,41	866	0	0,00	0,00	0,00
Nigèria	1,68	3.325	4	0,12	2.085	0	0,00	1.240	4	0,32	0,32	0,32
Algèria	1,96	1.132	28	2,47	750	16	2,13	382	12	3,14	3,14	3,14
Mali	6,72	1.127	0	0,00	981	0	0,00	146	0	0,00	0,00	0,00
Resta Àfrica	2,19	2539	31	1,22	1742	15	0,86	797	16	2,01	2,01	2,01
AMÈRICA	0,87	64.763	1.513	2,34	30.066	514	1,71	34.697	999	2,88	2,88	2,88
AMÈRICA CENTRAL I CARIB	0,71	4.907	165	3,36	2.036	38	2,871	127	4,42	4,42	4,42	4,42
Cuba	0,77	2.231	114	5,11	968	27	2,79	1.263	87	6,89	6,89	6,89
República Dominicana	0,71	2.036	43	2,11	848	8	0,94	1.188	35	2,95	2,95	2,95
Resta Amèrica Central i Carib	0,52	640	8	1,25	220	3	1,36	420	5	1,19	1,19	1,19
AMÈRICA DEL NORD	0,83	1.509	186	12,33	685	101	14,74	824	85	10,32	10,32	10,32
AMÈRICA DEL SUD	0,88	58.347	1.162	1,99	27.345	375	1,37	31.002	787	2,54	2,54	2,54
Argentina	1,04	10.872	469	4,31	5.542	172	3,10	5.330	297	5,57	5,57	5,57
Bolivia	0,82	7.008	19	0,27	3.161	5	0,16	3.847	14	0,36	0,36	0,36
Brasil	0,61	4.154	36	0,87	1.567	6	0,38	2.587	30	1,16	1,16	1,16
Xile	0,93	2.657	76	2,86	1.283	23	1,79	1.374	53	3,86	3,86	3,86
Colòmbia	0,86	10.202	169	1,66	4.712	51	1,08	5.490	118	2,15	2,15	2,15
Equador	0,95	13.127	103	0,78	6.385	32	0,50	6.742	71	1,05	1,05	1,05
Paraguai	0,62	2.695	17	0,63	1.036	3	0,29	1.659	14	0,84	0,84	0,84
Perú	0,86	2.079	71	3,42	964	26	2,70	1.115	45	4,04	4,04	4,04
Uruguai	1,00	4.428	174	3,93	2.218	48	2,16	2.210	126	5,70	5,70	5,70
Veneçuela	0,74	1.123	28	2,49	476	9	1,89	647	19	2,94	2,94	2,94
Resta Amèrica del Sud	1,00	2	0	0,00	1	0	0,00	1	0	0,00	0,00	0,00
ÀSIA	1,46	8.588	162	1,89	5.093	88	1,73	3.495	74	2,12	2,12	2,12
Xina	1,31	4.285	79	1,84	2.432	46	1,89	1.853	33	1,78	1,78	1,78
Filipines	0,84	1.400	42	3,00	640	16	2,50	760	26	3,42	3,42	3,42
Índia	2,82	1.383	3	0,22	1.021	2	0,20	362	1	0,28	0,28	0,28
Altres Àsia	1,92	1520	38	2,50	1000	24	2,40	520	14	2,69	2,69	2,69
OCEANIA	0,96	208	13	6,25	102	5	4,90	106	8	7,55	7,55	7,55
APATRIDES	2,00	6	0	0,00	4	0	0,00	2	0	0,00	0,00	0,00

2.5. Diferents models estructurals per edat i sexe: comentari d'algunes piràmides de població

Les piràmides de població són unes representacions gràfiques molt habituals en l'estudi de les ciències socials. Reflecteixen de manera molt palesa com és la societat analitzada en mostrar-ne simultàniament la distribució per edat i sexe. Les piràmides etàries permeten realitzar de manera fàcil tant les anàlisis d'una mateixa població al llarg de la història (estudi diacrònic) com la comparació de distintes poblacions en un mateix moment (estudi sincrònic).

En aquesta ocasió durem a terme una anàlisi sincrònica dels aspectes més rellevants de tres grups de població establerta a les Illes que mostren, el 2010, unes característiques ben diferents.

Gràfic 4 | *Població amb nacionalitat espanyola. Illes Balears. Padró 2010*

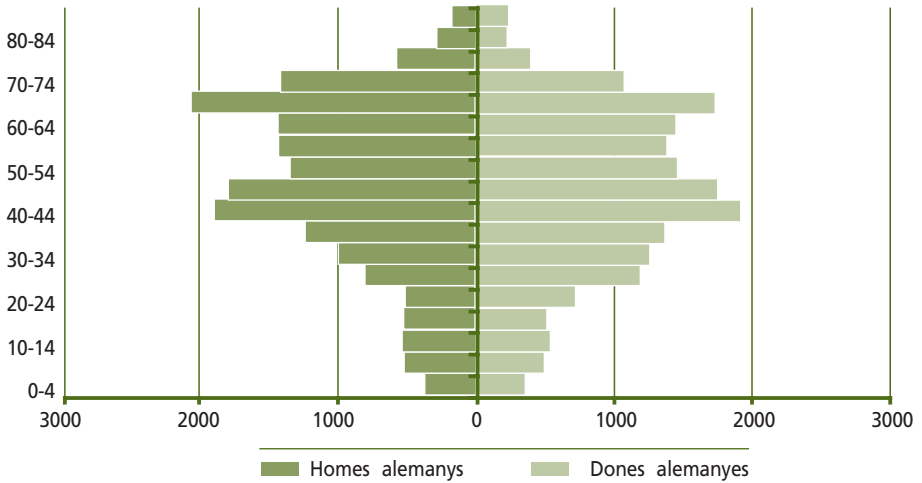


Font: lbestat

La població espanyola mostra una estructura de població de model madur, en què l'envelliment és palès per la potència dels estrats superiors de la piràmide. És destacable la feminització de la vellesa, especialment ostensible a partir dels setanta-cinc anys (palesa la diferència entre les esperances de vida d'ambdós sexes). La base de la piràmide és prou estreta en comparació amb les capes superiors, això mostra un creixement vegetatiu poc potent que, si no es produeixen fenòmens migratoris compensatoris, ha de produir l'envelliment de la societat a mitjà termini. Cal dir que el grup d'edat de cinc a nou anys presenta més efectius que el de deu a catorze i el de zero a quatre més que el de cinc a nou. Aquest significatiu increment en els naixements és en gran part conseqüència de

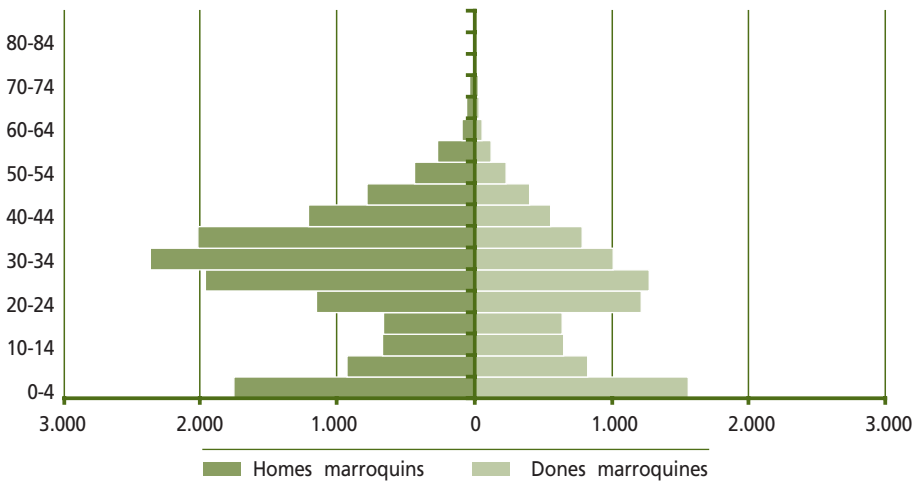
l'aportació fecunda dels grups d'immigrants arribats massivament que coincideix, gairebé de manera perfecta, amb l'inici de segle. Ja hem esmentat que més d'un terç del total de naixements a les nostres Illes es produeix en mares de nacionalitat estrangera.

Gràfic 5 | *Població amb nacionalitat alemanya. Illes Balears. Padró 2010*



Font: Ibestat

Gràfic 6 | *Població amb nacionalitat marroquina. Illes Balears. Padró 2010*



Font: Ibestat

La piràmide de població de nacionalitat alemanya és prou diferent. La base és molt més estreta i, a més, mostra el decreixement en el nombre de nounats (el grup de zero a quatre anys). Els grups més potents de població són els de quaranta a quaranta-nou anys; això explica aquest descens en la xifra de naixements. A partir dels cinquanta-cinc anys i fins als setanta-cinc, els estrats són més potents que els que presenta la població amb nacionalitat espanyola i s'arriba a un significatiu màxim en el grup entre els seixanta-cinc i seixanta-nou anys, és a dir, entorn de la data en què és habitual jubilar-se i instal·lar-se a les Illes en una migració típicament residencial, propi del model nova Florida. A partir de l'edat de setanta-cinc a setanta-nou, sobretot en el grup de dones i en edats més avançades, es produeix un descens significatiu del pes demogràfic d'aquests grups. Cal pensar, a més de la reducció pròpia en apropar-se a la longevitat màxima de l'espècie humana o com a mínim de l'esperança de vida actual, que segurament es produeixen moviments de retorn de la població més envellida al seus països d'origen a fi de ser atesos per familiars o en un entorn del seu domini lingüístic.

La piràmide marroquina mostra un comportament i una estructura radicalment distints. La piràmide mostra una gran potència en els grups joves i productius; entre els vint-i-cinc i els trenta-nou anys es produeix un destacadíssim màxim. Contràriament, a partir dels cinquanta anys, i sobretot a partir dels seixanta, gairebé no hi ha població. Trobam, per tant, un clar exemple de grup humà que ha experimentat una migració laboral recent. Només volem destacar dos aspectes importants més: el primer és que es tracta d'una migració asimètrica. Hi ha un predomini molt destacat dels homes sobre les dones. Atesa la joventut dels migrants, moltes vegades sembla que la migració és empresa de manera individual, sense parella ni família acompanyant, com a mínim, de manera majoritària. Aquest comportament és típic de societats com la musulmana, en què la diferència de rols socials homes/dones és molt clara i en què la incorporació de la dona al món del treball no es potencia ni tan sols es comprèn moltes vegades. Això no era tan extraordinari a les nostres Illes no fa tant de temps. El segon aspecte és l'elevadíssim increment de la base de la piràmide que reflecteix, amb escreix, el comportament pronatalista d'aquest grup de població.

2.6. La distribució desigual de la població estrangera a l'Estat espanyol

Catalunya ha rebut el principal contingent de l'Estat, amb gairebé 1.200.000 estrangers residents i el 21% del total estatal; Madrid, amb prop del 19% i 1.070.000 estrangers empadronats, ocupa la segona posició autonòmica, a la qual segueixen les comunitats amb la població estrangera i el percentatge següents: Comunitat Valenciana, 885.000 i 15,5%; Andalusia, 700.000 i 12,2%, i Canàries, 300.000 i 5,35%. Les Illes Balears es troben en la sisena posició en valors absoluts, amb 241.000 estrangers residents, que suposen el 4,23% dels estrangers empadronats a l'Estat.

Si analitzam la distribució global de la població estrangera per illes, un cop més a partir de les dades del padró de 2009 facilitat per l'Ibestat, podem esbrinar que els 237.562

estrangers empadronats es distribueixen per illes de la manera i amb el percentatge següents: Mallorca: 184.793 residents estrangers, 77,79% de la població de l'arxipèlag; Menorca: 15.687 residents i 6,60% de la població estrangera; Eivissa: 34.125 estrangers residents i 14,36% i, per últim, Formentera, amb 2.957 estrangers i un 1,24 de la població estrangera resident a l'arxipèlag.

2.7. Una distribució diferent: la població de seixanta-cinc anys o més a l'Estat espanyol

El pes de la població estrangera de seixanta-cinc anys o més presenta canvis respecte de la distribució global de la població estrangera. Aquest fet és lògic si consideram que una part important de la població estrangera resident, sens dubte, s'ha instal·lat a l'Estat espanyol per motius residencials, tot cercant la presència de la mar, un clima més acollidor que el dels seus països d'origen i, en definitiva, una qualitat de vida més gran que, recordem-ho, havia estat la causa indicada per una quantitat més gran dels enquestats com a motivació per establir-se al nostre país.

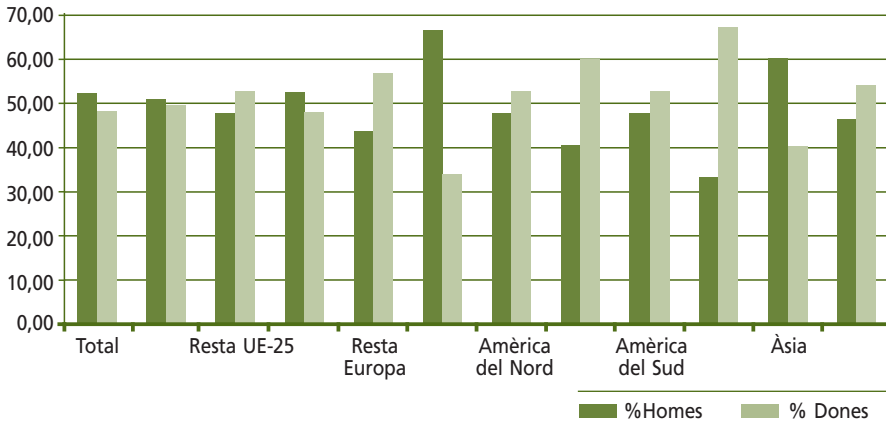
L'origen residencial de la colònia estrangera de la tercera edat al nostre país és més que evident. Així, mentre les comunitats situades a l'interior i al nord tenen una minsa presència d'aquest grup de població, les comunitats mediterrànies i les insulars, les illes Canàries i les Balears són les que concentren la quantitat més gran de població estrangera de més edat. Aquesta concentració és tan important que la Comunitat Valenciana acull més d'un terç de la població estrangera de la tercera edat. Si als residents a aquesta comunitat hi sumam els d'Andalusia, assolim el 55% de la població resident de tot l'Estat. Canàries i Catalunya (11,68% i 9,79%), seguides de Madrid i les Illes Balears (amb més del 6% cadascuna) són les comunitats amb més pes de població residencial estrangera més gran de seixanta-cinc anys de tot l'Estat. En aquestes sis comunitats autònomes hi resideix el 90% de la colònia estrangera d'aquest grup d'edat.

Pel que fa a la distribució de la població estrangera de seixanta-cinc anys o més per illes, d'acord amb el padró d'1 de gener de 2009, hem d'esmentar que hi havia 18.281 persones d'aquest contingent a tot l'arxipèlag; el 76,83% es concentrava a l'illa de Mallorca (14.046 persones); el 9,20%, a l'illa de Menorca (1.681 persones); l'11,75%, a l'illa d'Eivissa (2.148 residents) i un 2,22%, a l'illa de Formentera (406 habitants).

2.8. Població estrangera més gran de seixanta-cinc anys a les Illes Balears per sexe

La població de seixanta-cinc anys o més a les Illes Balears l'any 2010 assolía una xifra de 154.402 persones, és a dir, prop del 14% de la població total, de les quals 67.698 són homes i 86.704 són dones. Aquesta distribució general mostra una clara diferència entre homes i dones i s'assoleix una ràtio d'1,28.

Gràfic 7 | Distribució per sexes de la població estrangera resident a les Illes Balears per continent de nacionalitat. 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

El mateix succeeix entre la població de seixanta-cinc anys o més de nacionalitat espanyola, que suposa el 87% d'aquest col·lectiu, encara que d'una manera més marcada. La ràtio assolida és d'1,33 dones per home, ja que hi resideixen 57.636 homes enfront de les 76.920 dones.

Entre els estrangers es produeix el fenomen oposat, la ràtio és inferior a 1 (concretament, 0,92), cosa que significa que hi ha més homes que dones.

Si analitzam aquesta distribució per continents, trobam que això succeeix amb la població d'Àsia i d'Àfrica, fet que tal volta podríem explicar per motius culturals. La manca de llibertat de les dones per viatjar, sobretot entre certes cultures i/o religions com la musulmana, fa que no sigui tan habitual que viatgin. Ambdues colònies, però, són quantitativament molt reduïdes, per la qual cosa no és la distribució per sexes d'aquests continents la que afecta la distribució general.

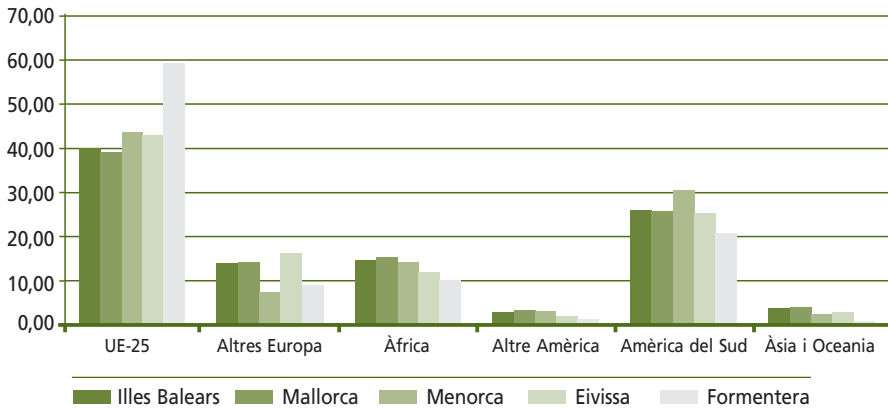
El que ens ha sobtat una mica és que la dissimetria de la distribució per sexes, distinta del procés que hem descrit abans de la feminització de la vellesa, es produeix entre la població europea. La població estrangera resident a les Illes d'aquest continent és de 9.304 homes per 8.582 dones. Aquesta diferència, d'aproximadament vuit-cents efectius, s'explica per l'asimetria existent entre la colònia alemanya, que és la més nombrosa per país de nacionalitat.

2.9. Població estrangera més gran de seixanta-cinc anys a les Illes Balears per continent

Ja hem assenyalat que, en termes generals, la població estrangera presenta unes baixes taxes d'envelliment, dit d'una altra manera, la quantitat de població de seixanta-cinc anys o més és relativament reduïda.

Les dades provisionals del padró d'1 de gener de 2010 mostren que a les Illes Balears viuen 19.846 estrangers de seixanta-cinc anys o més, xifra que suposa un 8,21% de la població estrangera total resident a l'arxipèlag.

Gràfic 8 | Pes de la població estrangera per àrees geogràfiques sobre el total de la població estrangera per illes. Padró 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

La distribució continental de la població gran estrangera a les Illes mostra una clara europeïtzació del contingent que, evidentment i atesa la naturalesa dels fluxos migratoris recents, no trobam en estudiar la distribució general de la població estrangera resident. Així, 17.886 persones (87%) serien del continent europeu, mentre que la representació dels altres continents seria quantitativament i en percentatge la següent: Amèrica: 1.513 persones estrangeres més grans de seixanta-cinc anys i un 7,62%; Àfrica: 272 i 1,37%; Àsia: 162 i 0,82% i Oceania: 13 persones i un ínfim 0,07%.

Hem elaborat un gràfic de barres que mostra el pes percentual per continent de nacionalitat de la població de seixanta-cinc o més anys per continent i sexe. Es reflecteixen de manera evident els distints tipus de corrents migratoris que representen. Els percentatges més alts d'envelliment de les estructures són presentats pels residents espanyols i pels estrangers

d'Europa que, pel que fa als homes, presenten el percentatge estructural més alt. L'envelliment de la població estrangera europea i el pes demogràfic del grup fan pujar la mitjana de la població estrangera, que sense l'aportació europea presentaria unes taxes d'envelliment extremadament baixes: més baixes d'un 1% en els cas de la població africana i pels volts del 2% per a la resta de continents. Oceania és una excepció, atesos la poca representació de la colònia i el pes que també té Austràlia, que seria un país dins l'òrbita del que hem anomenat fluxos nord-sud (malgrat que se situï a les antípodes. El nord no s'ha d'entendre com una direcció geogràfica sinó com una estructura socioeconòmica i un entorn cultural determinat).

2.10. Població estrangera més gran de seixanta-cinc anys a les Illes Balears per país de nacionalitat

En l'anàlisi d'aquest segment de població per continent de nacionalitat, ja hem vist que els residents estrangers de seixanta-cinc anys o més a les Illes Balears es troben fortament europeïtzats.

Cal trobar dos factors explicatius a l'acumulació de contingents europeus de la tercera edat importants. El primer seria que des del *boom* turístic ha existit una colònia estrangera important instal·lada a l'arxipèlag, tant com a treballadors del sector serveis com en qualitat d'immigrants residencials. Els integrants d'aquests fluxos primerencs, molts dels quals arribaren en edats joves, han arribat amb els pas del temps al sostre de la piràmide etària de població i han passat de contingent jove i actiu a contingent envellit i pensionista. El segon factor explicatiu rau en els corrents que hem anomenat de nova Florida, residencials bàsicament, que s'enfortiren en la dècada dels noranta, en què assoliren un protagonisme especial els ciutadans alemanys. Moltes persones aprofitaren l'existència d'un diferencial de preus importants entre els seus països i les Illes Balears i la fortalesa del marc enfront de la pesseta per adquirir una residència a les Illes. Els representants típics que s'inclouen en aquest model migratori són, bàsicament, població de mitjana edat o ja en edat de jubilació, que es traslladen cercant els avantatges que no ofereixen els seus països: tranquil·litat, manca de contaminació, un clima temperat... a més de gaudir d'un territori dotat de bons serveis sanitaris, culturals i d'esbarjo.

El 87% d'aquest col·lectiu són europeus (17.886) i dins aquest col·lectiu el grup demogràfic alemany ocupa una destacada i solitària posició. Amb 8.180 persones, segons dades provisionals de 2010, suposa el 46% de la població estrangera resident de la tercera edat a les Illes Balears. Amb un pes proper a la meitat de l'anterior, se situarien els ciutadans del Regne Unit, amb 4.648 persones de seixanta-cinc anys o més, seguits dels ciutadans de França (1.522 persones) i Itàlia (1.034).

Pel que fa al continent americà, destaca, com és lògic, la presència de residents estrangers d'Amèrica del Sud (1.162 persones) i, dins del col·lectiu, la representació més gran l'assoleixen els ciutadans d'Argentina, amb 469 residents, a gran distància d'uruguaians, colombians

i equatorians, que tenen entre cent i dos-cents residents. Alguns d'aquests residents, possiblement, poden formar part de famílies reagrupades, cridades pels fills un cop s'han establert, a fi de mantenir la cohesió familiar i ajudar la família a tenir cura dels nés.

Finalment, només cal esmentar que la colònia asiàtica de la tercera edat és, actualment, molt reduïda (162 persones) i destaquen dins aquest col·lectiu el conjunt de persones de la Xina (79 persones), les Filipines (42 residents) i, curiosament, l'Iran (16), que és un país poc representat, amb només 72 residents l'any 2010.

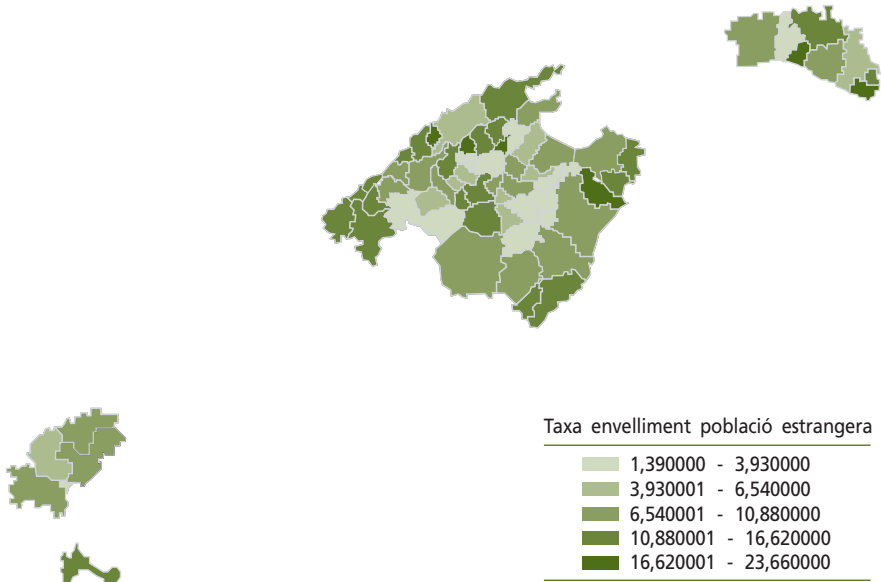
2.11. Envel·liment i sobreenvelliment de la població estrangera més gran de seixanta-cinc anys a les Illes Balears. Anàlisi municipal

Atès que volem intentar dur a terme l'anàlisi de manera més acurada, fins a arribar a l'esglaó municipal, hem de tenir present que les dades que utilitzarem són les del padró d'1 de gener de 2009, únic amb dades definitives i disponible a principi de juny de 2010 a aquest nivell de detall.

2.11.a. La taxa d'envelliment de la població estrangera a les Illes Balears

L'anàlisi dels valors absoluts d'aquest grup demogràfic ens dona els resultats següents. Dels 18.281 residents d'aquest col·lectiu, 14.046 residien a l'illa de Mallorca; 1.681, a l'illa de Menorca; 2.148, a l'illa d'Eivissa i 406, a l'illa de Formentera.

Població estrangera de 65 anys i més sobre el total de la població estrangera



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

La distribució per municipis, en valors absoluts, ens mostra dos indrets en què la concentració d'estrangers grans és molt important: Palma, la capital autonòmica, acollia el 2009 un total de 2.657 residents estrangers de seixanta-cinc anys o més i Calvià, municipi fronterer de la capital, que esdevé un continuïum urbanístic de Palma i, a més, presenta un procés d'urbanització de la costa molt destacat, n'acollia 2.475. A gran distància, amb poc més de 900 se situa un altre municipi dels demogràficament més grans de l'arxipèlag i amb un important procés urbanitzador costaner, que pot oferir oferta d'allotjament a aquest sector poblacional.

Si analitzam els municipis amb més de tres-cents residents estrangers de seixanta-cinc anys o més, apreciarem un certa distribució geogràfica prou definida. Així, tots els municipis de Mallorca amb una quantitat important de població d'aquest grup es troben a la costa, tot ocupant l'àrea que envolta la badia de Palma, des d'Andratx fins a Lluçmajor; la zona del Migjorn des de Santanyí fins a l'àrea del Llevant, arribant a Capdepera; els municipis de les badies de Pollença (Pollença i Alcúdia) i Santa Margalida. Finalment, trobaríem un municipi prou especial de la Serra: Sóller, una zona tradicionalment cosmopolita i oberta a les relacions internacionals.

A les Pitiüses, hi inclouríem tots els municipis menys Sant Josep de sa Talaia. Tant els municipis de l'illa de Mallorca com els de les Pitiüses comparteixen la característica de tenir costa i haver experimentat creixements urbanístics prou significatius relacionats amb les activitats turístiques tradicionals i nous desenvolupaments residencials adreçats a aquest segment.

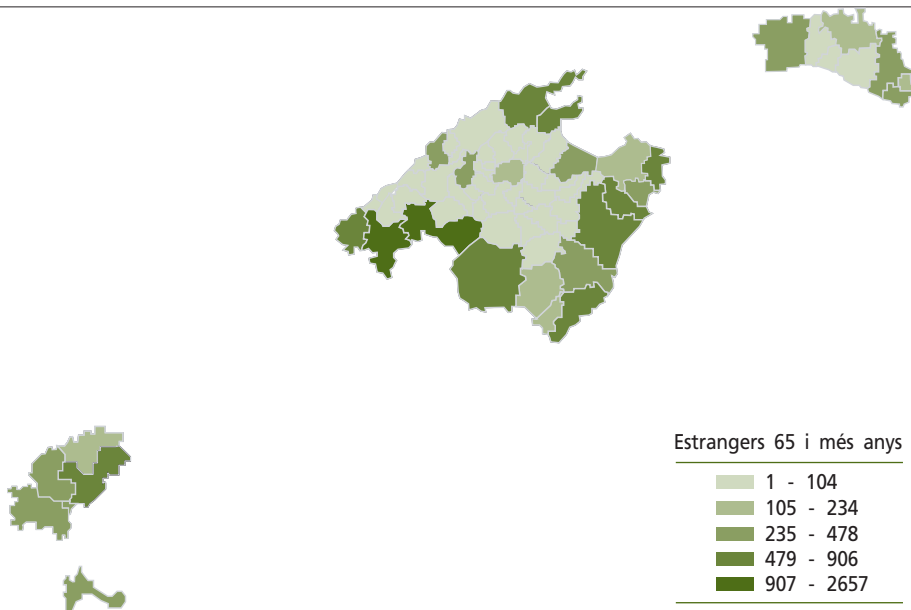
Tots els municipis de l'illa de Menorca, menys es Migjorn Gran, presenten colònies estrangeres de gent més gran de seixanta-cinc anys, d'entre dos-cents i tres-cents efectius, xifres prou significatives i que mostren la difusió del procés residencial arreu de l'illa.

L'anàlisi de les taxes d'envelliment d'aquest segment, és a dir, del volum de població estrangera de seixanta-cinc anys o més sobre el total d'estrangers existents al municipi, ens dibuixa una distribució que defineix amb més precisió les zones amb població estrangera envellida i que, en certa manera, podem considerar de més gran vocació residencial. Així, Palma, que té una colònia estrangera d'edat avançada numèricament important, percentualment passa al tram inferior, tot diluint-se aquest col·lectiu a un nombrosíssim grup migratori estranger que hi resideix per causes laborals.

Podem establir distints tipus de categories dels municipis amb taxes més altes d'envelliment de la població estrangera resident: d'una banda, municipis costaners amb desenvolupament turístic tradicional i elevat procés urbanitzador: Calvià i Andratx, a Ponent; Sant Llorenç des Cardassar i els municipis propers de Son Servera i Capdepera, a Llevant; Ses Salines i Santanyí, al sud i Pollença, al nord-est. Així mateix, apareixerien

municipis en una altra categoria: municipis de la serra de Tramuntana, bé se situïn al vessant nord i, per tant, amb costa, com ara Estellencs i Banyalbufar, Deià, Sóller i Fornalutx, bé se situïn al Raiguer (des d'Alaró fins a Campanet i Búger, passant per Mancor i Selva).

Població estrangera empadronada de 65 i més anys. 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

Finalment, també destaquen alguns municipis interiors: Algaida, Sencelles i Santa Eugènia, propers a Palma, però on s'han instal·lat estrangers en el món rural, tot formant part d'un fenomen anomenat rururbanització, és a dir, donar ús residencial al camp amb la pèrdua de funció inicial. Aquest fenomen és més recent i el podem situar devers els anys noranta del segle XX.

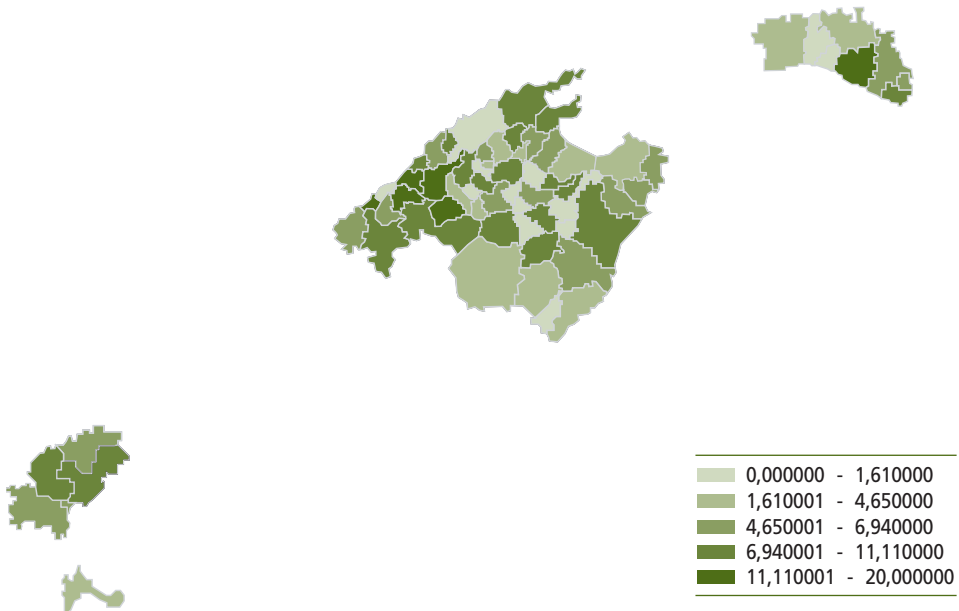
A l'illa de Menorca destaquen dues zones: es Castell i, sobretot, Sant Lluís, es Migjorn i es Mercadal. Tots aquests municipis són costaners i destaca el caràcter més urbà de Castell enfront de la resta, que són municipis amb desenvolupaments turístics i urbanístics extensos com el cas de Sant Lluís i més puntuals i amb una certa vocació agrícola, com es Migjorn i es Mercadal.

A les Pitiüses, l'envelliment de la població estrangera i, per tant, la més gran intensitat residencial s'assoleix a l'illa de Formentera.

2.11.b. La taxa de sobreenvelliment de la població estrangera a les Illes Balears

Ja hem comentat que la taxa d'envelliment de la població de nacionalitat estrangera resident a les Illes Balears és molt inferior a la que presenta la població total i encara de manera més palesa si es calcula la taxa entre els residents de nacionalitat espanyola. Hem afirmat que això és així atès que el moviment immigratori presenta unes característiques demogràfiques ben definides, sobretot pel que fa a les migracions de tipus laboral, que són les que han aportat contingents de població més grans a la nostra comunitat autònoma i han originat una veritable revolució demogràfica, no solament quantitativament sinó qualitativament. Des d'un punt de vista de l'envelliment, cal recordar que els fluxos migratoris laborals són, majoritàriament, constituïts per persones joves, en edat activa i demogràficament fèrtils i que, en molts casos, a curt termini constitueixen nuclis de convivència en parella en la terra de recepció i generen, com hem vist, un nou increment demogràfic per la fecunditat d'aquestes relacions, establertes bé entre membres de les comunitats migrants, bé en matrimonis de nacionalitat mixta. Així, és perfectament comprensible que les taxes d'envelliment siguin molt més baixes entre el conjunt d'immigrants que entre la població de nacionalitat espanyola.

Població estrangera de 85 anys i més sobre el total de la població estrangera de més de 65 anys (sobreenvelliment). 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

Pel que fa a la taxa de sobreenvelliment, es repeteix la situació. Cal tenir present que, pel conjunt de nacionalitats que componen la població estrangera resident a les Illes, les taxes són inferiors. La taxa de sobreenvelliment suposa l'avaluació del percentatge de població més envellida del grup social analitzat sobre la població d'aquest grup de seixanta-cinc anys o més. Consideram que aquest baix índex de sobreenvelliment detectat (6,86 per a la població estrangera, mentre que la taxa global per a les Illes Balears l'any 2009 és 12,54%) pot ser conseqüència de la manca de suport familiar i social que pateixen els membres del col·lectiu estranger més envellit resident a les Illes Balears. Aquesta situació és evident quan es tracta de persones que viuen soles (desfeta de parella, viduïtat...) i que no tenen fills ni altra família resident a l'illa. Així mateix, una gran part del col·lectiu estranger immigrant residencial s'ha comportat de manera molt endogàmica i és habitual que molts estrangers desconeguin qualsevol dels idiomes oficials de la nostra autonomia. Aquest factor també és bàsic per entendre l'aïllament relatiu en què viuen molts d'estrangers residents i que pot afavorir processos de retorn als països d'origen en arribar a certa edat.

El col·lectiu de població estrangera sobreenvellida és bastant mins: 1.254 persones en el 2009, que es distribueixen per illes de la manera següent: 989 residents a Mallorca; 146, a Eivissa; 103, a Menorca i 16, a Formentera.

Els municipis de les illes que presenten un sobreenvelliment més destacable els trobam, en el cas de l'illa de Mallorca, en els municipis situats a la corona urbana de Palma (Marratxí, Bunyola, Esporles i Valldemossa) i Estellencs. En general, es tracta de municipis amb entorns privilegiats, que a més de les condicions ambientals sumen la proximitat a Palma, la capital. Estellencs és un petit municipi de la Serra, un dels més inaccessibles, que aporta com a factor de valor afegit la reduïda dimensió demogràfica i la tranquil·litat de l'entorn (tot i que hi ha alguns establiments turístics, l'expansió urbana i demogràfica no s'ha produït en la mateixa mesura que a altres indrets de Mallorca). Marratxí és un cas peculiar; tot i que té una colònia estrangera resident molt mins, sembla que la població de més edat pren un cert protagonisme. En l'interval següent hi trobaríem molts municipis amb desenvolupament turístic tradicional important (la població resident envellida podria explicar-se per la confluència de població treballadora estrangera que ha assolit els grups d'edat més avançats i població residencial) i també municipis d'interior de l'illa de Mallorca, del Pla i del Raiguer, que podrien explicar la taxa a partir de l'envelliment de població més aviat residencial.

A l'illa de Menorca, el sobreenvelliment més gran es detecta al municipi d'Alaior, que té un dels nuclis de població turística residencial més antics de l'illa, Cala en Porter, on la colònia britànica és ben present. No hem d'oblidar que tant les taxes d'envelliment com de sobreenvelliment es troben clarament influenciades per la procedència dels immigrants. Així, municipis més residencials, amb població europea, és lògic que presentin taxes d'envelliment i de sobreenvelliment més acusades que els municipis més dinàmics que

han atret població resident fonamentalment laboral. En el segon interval d'envelliment se situaria el terme de Sant Lluís, situat al sud-est de l'illa i amb un dels processos urbanitzadors costaners més extensos de l'illa.

L'illa d'Eivissa presenta només dos municipis en el segon interval de sobreenvelliment establert: Santa Eulària del Riu i Sant Antoni de Portmany, ambdós municipis fortament urbanitzats i amb llarga tradició turística.

3. L'especialització migratòria internacional municipal: alguns casos especials

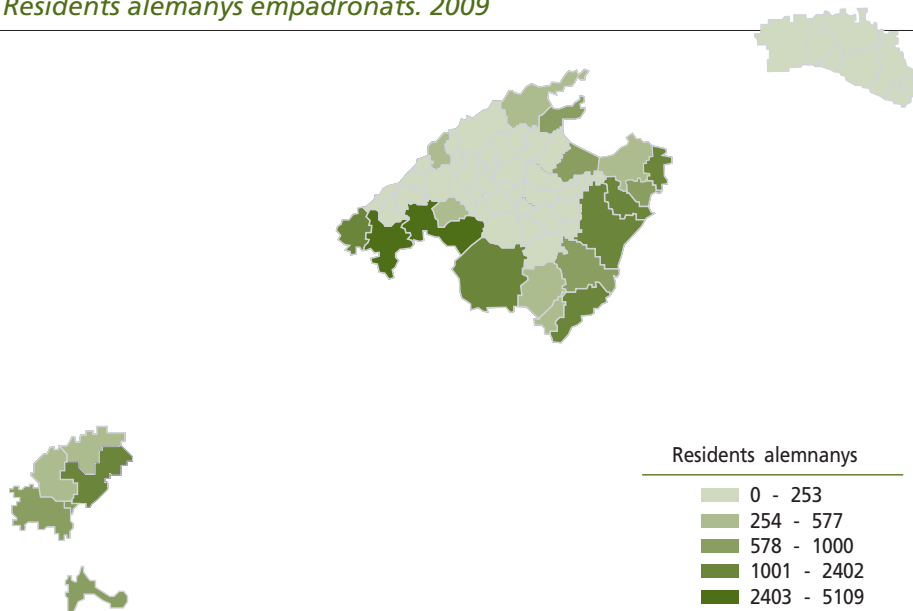
No ens és possible fer una anàlisi de totes les procedències i les nacionalitats presents actualment a l'arxipèlag balear, però sí que volem fer un breu repàs a algunes de les més comunes.

Cal esmentar que per dur a terme aquest apartat hem utilitzat les dades de l'Ibestat de 2009, atès que ens ofereix informació desagregada per municipi. Hem obtingut un arxiu amb les dades d'ambdós sexes per municipi segons la nacionalitat per grans àrees. Hem calculat, aleshores, uns índexs d'especialització migratòria, entesa com el percentatge de població d'un determinat continent de nacionalitat sobre el total d'immigrants. Després hem ordenat en ordre decreixent els índexs obtinguts per a cada continent d'estudi i hem comparat les dades amb els valors percentuals mitjans del conjunt de l'arxipèlag.

Començarem l'anàlisi per ordre quantitatiu d'importància de les poblacions residents. És el torn d'Europa. Hem pres les dades de l'Europa dels 15 per considerar que podia esdevenir un indicador de detecció de població residencial immigrada establerta a les Balears. La mitjana de població estrangera de la UE-15 sobre el conjunt de residents estrangers se situa l'any 2009 en el 40%. Mallorca presenta una taxa, com succeeix moltes vegades pel pes demogràfic de l'illa, molt propera a la mitjana. Formentera és la que presenta una taxa de població europea més elevada, amb gairebé el 60%. Menorca (43,49) i Eivissa (42,78) presenten unes taxes un poc per damunt de la mitjana de la comunitat autònoma.

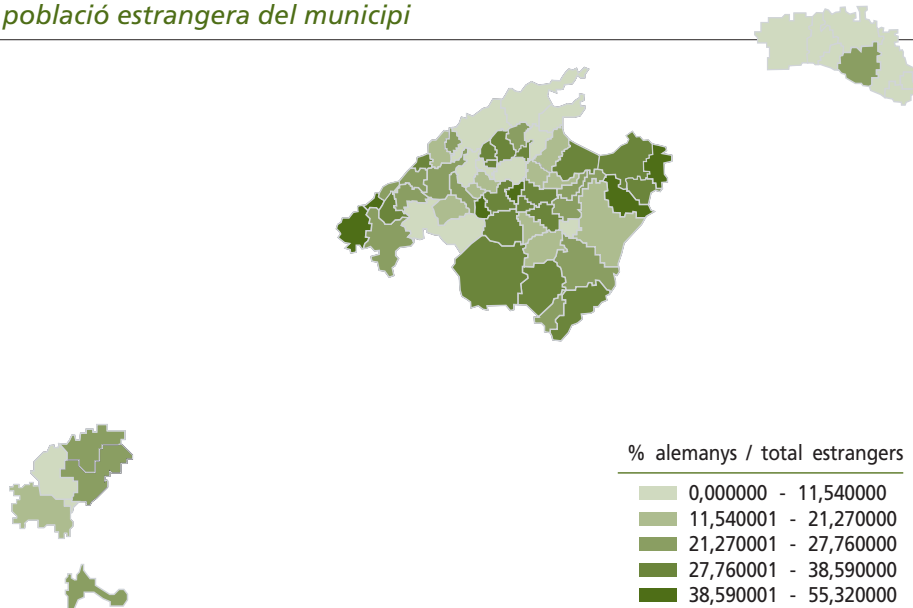
L'anàlisi municipal reflecteix una dispersió més gran pel que fa al pes de la població resident amb nacionalitat europea (UE-15) sobre el total d'estrangers. Els valors màxims s'assoleixen al municipi mallorquí de Santa Eugènia, que supera el 78%, mentre que el valor mínim es presenta a sa Pobla, amb només el 12,15%. D'aquest municipi en tornarem a parlar, atès que presenta una gran concentració de població africana, concretament marroquina, molt per damunt de la mitjana.

Residents alemanys empadronats. 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

Pes percentual de la població alemanya empadronada sobre el total de població estrangera del municipi



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

En deu municipis més, el percentatge d'estrangers europeus supera el 70% i vint-i-vuit presenten uns valors percentuals compresos entre el 50% i el 70% dels residents estrangers. Els municipis amb una representació més alta de població europea presenten, en bona mesura, valors atractius per a una població de tipus residencial pur (model nova Florida), com són els pobles situats a la serra de Tramuntana i, per tant, enormement valorats des d'un punt de vista paisatgístic i de qualitat de vida des de molt temps enrere. L'arxiduc Lluís Salvador, ja en el segle XIX, en fou un dels més grans admiradors i escriptors com Robert Graves i altres artistes i personatges famosos han contribuït a donar-li renom universal. Entre aquests municipis podem esmentar Puigpunyent, Fornalutx, Estellencs, Deià... Un segon grup també tindria força presència residencial, com Santa Eugènia, Sencelles, Algaida... Aquest segon grup de municipis presenta els avantatges de la proximitat a la capital, juntament amb el manteniment de valors tradicionals i paisatgístics que conviden a instal·lar-s'hi. A l'illa d'Eivissa podem esmentar Sant Joan de Labritja. Finalment, també sorgeix, segons el nostre parer, una tercera categoria constituïda per municipis que participen alhora de factors residencials, llocs de treball al sector turístic i un desenvolupament urbanístic, que ha possibilitat que s'hi instal·lin classes mitjanes i sectors acompanyants a migrants residencials d'alt poder adquisitiu (professionals d'aquests països com ara pintors, lampistes, electricistes, mestres d'obres o més especialitzats, com advocats, economistes, metges...). En aquests grup hi trobam Calvià, Alaior, Capdepera, Sant Josep de sa Talaia, Santa Eulària des Riu...

Les capitals insulars apareixen en les posicions més baixes de la classificació, possiblement pel fet que els immigrants nouvinguts moltes vegades s'instal·len primerament en els principals nuclis urbans, atès que els és més fàcil trobar habitatge i algun tipus d'ocupació que els permeti viure i això fa que el percentatge de població europea sigui relativament petit en comparació amb el total. En tot cas, no cal dir-ho, això són nombres relatius i sempre hem de recordar la importància dels valors absoluts sobretot en el cas de les Illes Balears, que compta amb Palma, que és d'enormes dimensions, no solament en comparació amb la resta de nuclis poblacionals de l'arxipèlag sinó també si comparem aquesta ciutat amb la resta de les Illes. Altres municipis amb petits percentatges d'europeus sobre el total d'estrangers són municipis interiors, molts d'aquests agrícoles o amb certa vocació industrial i, per tant, amb poc atractiu residencial o laboral per a un grup de població majoritàriament inserit en el sector serveis. A més, pel que fa a l'illa de Mallorca, municipis com sa Pobla o Inca presenten certa continentalitat i això és un factor poc atractiu per establir-s'hi.

La població del continent americà suposa, en conjunt, un 25,83% dels residents de nacionalitat estrangera. Per illes, Menorca és la que presenta un percentatge més elevat (30,29%), mentre que Formentera se situa cinc punts per davall de la mitjana (20,7%). Mallorca i Eivissa presenten uns valors coincidents amb la mitjana de l'arxipèlag.

**Taula 9 | Població estrangera per illa, àrea de nacionalitat, sexe i any de la revisió del padró.
Població > Padró (xifres oficials de població)**

	Ambdós sexes											
	Total	UE-15	Resta UE-25	Resta UE-27	Resta Europa	Àfrica	Amèrica del nord	Amèrica central	Amèrica del sud	Altres d'Amèrica	Àsia	Oceania i apàtrides
	ILLES BALEARS											
2009	237.562	95.005	6.520	20.564	5.467	34.310	1.418	4.834	61.353	3	7.883	205
2008	223.036	89.492	5.788	18.315	5.212	30.190	1.393	4.432	61.266	6	6.752	190
2007	190.170	78.612	4.323	13.394	4.605	25.495	1.247	3.778	53.101	6	5.453	156
2006	167.751	69.648	2.989	9.255	4.214	23.666	1.197	3.419	48.135	0	5.060	168
2005	156.270	59.943	2.026	7.762	4.022	22.778	1.286	3.360	49.978	1	4.949	165
2004	131.423	51.279	1.348	5.398	3.289	18.814	1.081	2.908	43.250	1	3.938	117
2003	126.505	56.555	1.187	3.870	3.281	17.605	1.278	2.744	36.249	1	3.603	132
2002	99.744	49.833	883	2.092	2.777	14.452	1.141	2.290	23.171	0	2.983	122
2001	73.883	43.411	599	974	2.195	10.426	1.013	1.854	10.887	0	2.413	111
2000	54.759	37.217	362	275	1.749	6.690	883	1.365	4.219	0	1.905	94
1999	45.054	32.015	277	165	1.624	4.600	821	1.003	2.892	0	1.579	78
1998	38.236	27.393	215	133	1.339	3.638	754	832	2.518	0	1.333	81

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (Ibestat) a partir de dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (www.ibeostat.es - ibeostat@caib.es)

Entre els municipis que presenten uns valors més alts hi trobam les capitals insulars i, pel que fa a Menorca, el municipi de Ciutadella, que es comporta, en certa manera, com una segona capital insular.

Els municipis amb menys presència percentual de població americana (sud-americana en la majoria dels casos) són alguns dels que han aparegut com a municipis d'atracció de la població europea, bé sigui per causes residencials pures, bé sigui per accés a la indústria turística. Entre aquests municipis podem destacar Santa Eugènia, Fornalutx, Sant Lluís, Calvià, Deià...

Quant a la població africana, assoleix una xifra de 34.310 residents el 2009. Palma concentra un terç del col·lectiu total de Mallorca, percentatge més baix que en altres col·lectius com l'asiàtic, en què concentra el 70% dels residents, o els americans, amb un 60%.

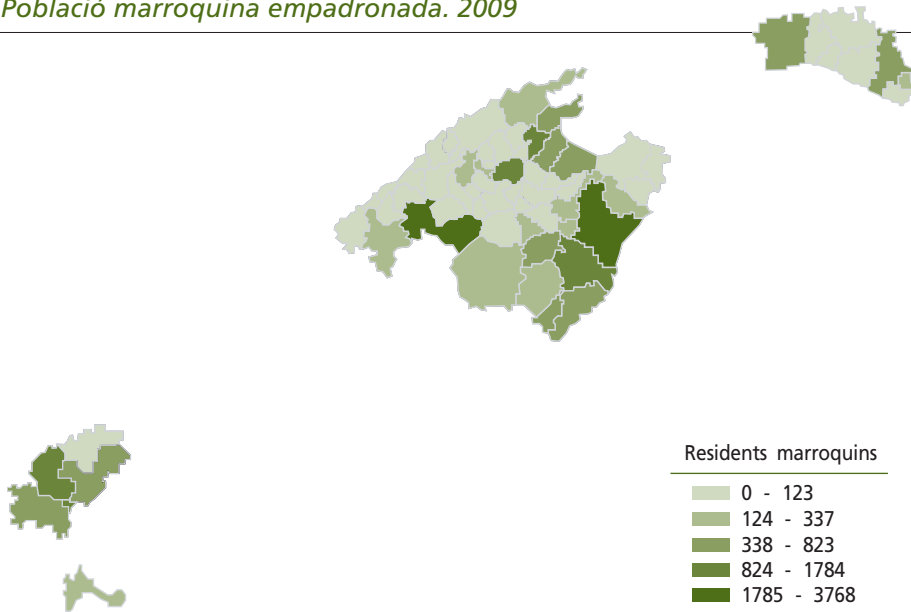
El percentatge mitjà de residents africans sobre el total d'estrangers se situa en el 14,44%; Formentera presenta el percentatge més petit de les Illes, amb un 9,84%. Eivissa no arriba al 12% i Menorca s'apropa al 14 (13,95%).

Hi ha quatre municipis (Fornalutx, Estellencs, Escorca i Banyalbufar) que no tenen cap resident africà i d'altres que en presenten unes taxes igualment molt baixes (quinze municipis no arriben al 5%), entre els quals podem destacar Alaró, Santa Eugènia, Esporles, Deià, Puigpunyent, Sencelles, Calvià i Andratx, entre d'altres.

Entre els municipis amb un percentatge més alt s'assoleixen valors considerablement superiors a la mitjana. Així, sa Pobla i Vilafranca de Bonany presenten, respectivament, uns valors del 66,43 i 59,47% sobre el total de població estrangera.

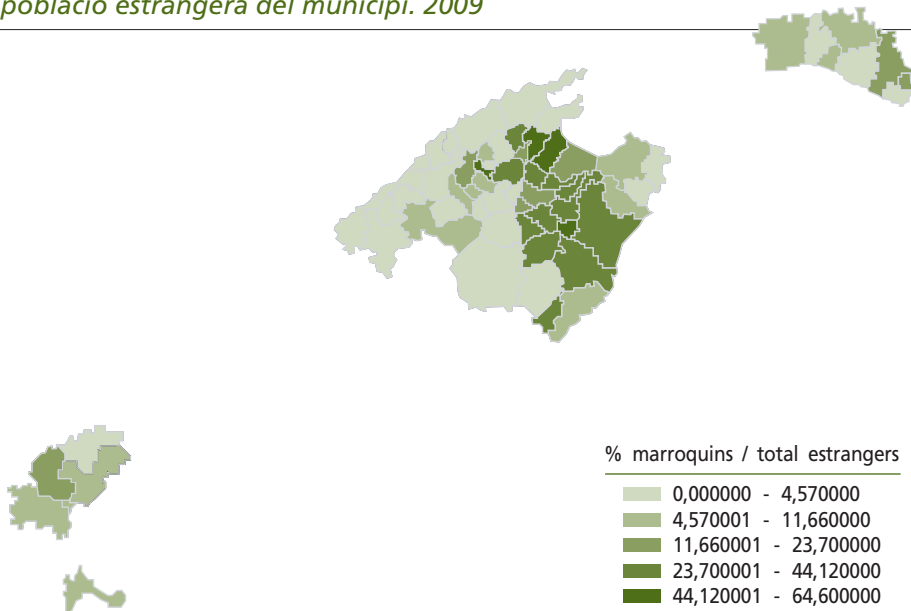
Hem elaborat un mapa amb la principal població resident africana de les Illes: la població marroquina. Així, hem comprovat gràficament que els valors municipals més elevats es registren a l'illa de Mallorca, a la zona de Llevant, en una línia que prendria com a referència el municipi d'Inca. Lloseta, municipi fronterer amb Inca, seria l'única excepció a aquesta regla. La concentració més important es dona al sector de Manacor, que presenta la taxa màxima en el municipi de Vilafranca de Bonany. El sector d'Inca presenta una concentració molt destacada en els municipis de sa Pobla i Muro. Molts dels municipis que assoleixen aquests valors tan elevats tenen encara ara un sector agrícola important. Una part important de la població marroquina s'ha inserit tradicionalment en aquest sector productiu, a més d'altres de poca qualificació com la construcció. La colònia marroquina de sa Pobla compta amb una llarga presència. La serra de Tramuntana i els municipis que envolten Palma presenten les taxes més baixes de l'arxipèlag. Els municipis que tenen més presència marroquina a les illes de Menorca i Eivissa se situen en l'interval comprès entre 11,66 i el 23,7% i són Maó i es Castell, a la primera, i Sant Antoni de Portmany, a la segona.

Població marroquina empadronada. 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

Pes percentual de la població marroquina empadronada sobre el total de població estrangera del municipi. 2009



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Ibestat.

La població asiàtica, fonamentalment constituïda per població xinesa, presenta una gran concentració a les capitals de les illes i en municipis amb una forta implantació turística. Això possiblement es degui a la vocació comercial i de serveis que impulsa la colònia xinesa. La ciutat de Palma no destaca solament en percentatge, sinó també pel volum de població empadronada (4.576 per a un total de 7.883 residents en el conjunt de l'arxipèlag).

4. L'evolució temporal (1998-2009) dels migrants dels països amb més presència: primeres conclusions

No volíem acabar aquest article introductorí a la demografia de la migració, centrada principalment en la població de més edat de la piràmide etària, sense posar en relleu els distints ritmes de creixement que han experimentat els col·lectius de nacionalitat estrangera que, a hores d'ara, són els més freqüents a l'arxipèlag.

Una primera conclusió que podem exposar és que el fet migratori ha experimentat, durant el període considerat, un *boom* de gran intensitat. La xifra de residents amb nacionalitat estrangera ha passat en un període tan curt de 38.236 l'any 1998 a 237.562 l'any 2009. És a dir, aquesta població s'ha multiplicat per 6,21 i, lògicament, això ha modificat profundament la composició de la societat tant de forma quantitativa com qualitativa, atesa la diversitat que aquests fluxos aporten a la societat illenca. Podem qualificar aquest període amb diversos noms: *boom* migratori internacional, per exemple, però a mi m'agrada més anomenar-lo període demogràfic intercultural, atès que incideix especialment en la importància de l'aparició de nous fluxos i nacionalitats a les Illes, amb cultures, creences, llengües i tradicions distintes a les que coneixíem.

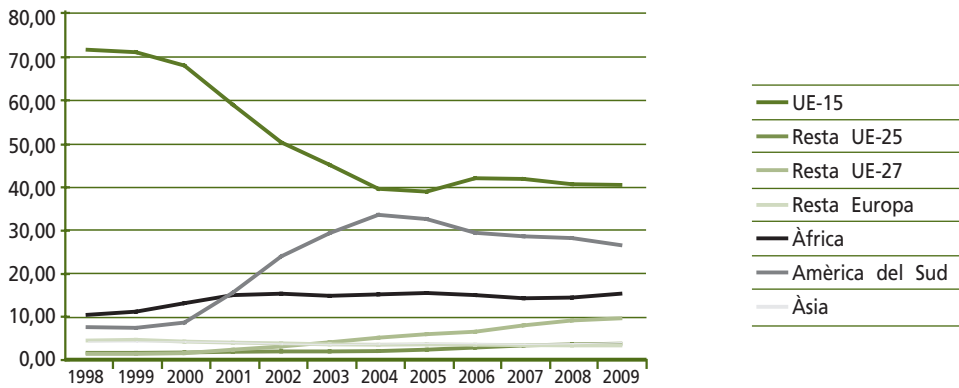
La segona conclusió és que la migració es concentra en un nombre relativament reduït de nacionalitats que, per contra, presenten una xifra molt important de residents a l'arxipèlag. Només dinou països suposen entorn del 84% de la població resident a les Illes amb nacionalitat estrangera.

Una tercera conclusió que podem destacar és que el ritme de creixement que presenten els països amb més residents durant el període considerat és extremadament divers. Així, mentre la mitjana de creixement de la població estrangera resident ha estat, com hem dit, de 6,21, els creixements de les nacionalitats més representades es mou entre el creixement més feble dels Països Baixos, que ha multiplicat per 2,5 la seva població i ha passat de 1.239 residents a 3.102 i l'exponencial creixement de la població d'Equador, que de 42 habitants (era una nacionalitat gairebé desconeguda en la majoria de les Illes) ha passat a 13.358 residents. Aquest increïble creixement implica un factor de multiplicació superior a 318. Els ritmes de creixement han estat, en general, més baixos entre les nacions europees, atès que ja disposaven d'un contingent de població resident molt important l'any 1998. Tot i així, el creixement poblacional en valors

absoluts ha estat molt significatiu. La població alemanya, la colònia estrangera més gran de les Illes, no ho oblidem, s'ha multiplicat per 3,38; mentre que la del Regne Unit, en el tercer lloc quant a estrangers residents, s'ha multiplicat per 2,94 i la població francesa, per esmentar un altre país amb llarga tradició residencial a les Illes i amb una colònia important, s'ha multiplicat per 2,61, dels 3.157 habitants que hi havia l'any 1998.

El continent europeu està representat, per ordre d'importància quantitativa entre els més nombrosos, pels residents de les nacionalitats següents: alemanys (la colònia estrangera més nombrosa de l'arxipèlag amb gairebé 35.000 residents), britànics (23.116), italians (15.715), romanesos (11.858), búlgars (8.706), francesos (8.250), polonesos (3.935) i holandesos (3.102). Cal dir que el cas italià és, en part, atípic. Tot i que és cert que tenim coneixement que hi ha una colònia important que prové d'Itàlia i que ha migrat a les Illes ateses les dificultats laborals que ha trobat en el seu país, no és menys cert que hi ha una colònia que té la doble nacionalitat italiana i argentina i que pot haver optat per inscriure's amb la nacionalitat europea. Es tractaria, doncs, d'una segona (o tercera) onada migratòria que, havent migrat en una o dues generacions anteriors a Argentina, retorna a Europa a un país distint del dels avantpassats.

Gràfic 9 | *Evolució del pes demogràfic de la població estrangera per principals àrees geogràfiques sobre el total de població estrangera. 1998-2009*



Font: Ibestat.

Durant el període considerat, els ciutadans de Romania i Bulgària, països que entraren a la Unió Europea dia 1 de gener de 2007, no ho hem d'oblidar, han experimentat uns inversemblants increments. La població romanesa ha passat de 70 residents a tenir-ne 11.858, amb un factor de multiplicació de 169,4 i la població búlgara ha passat

de 63 residents a 8.706 (multiplicador de 138,19). Els fluxos migratoris des d'aquests països s'iniciaren exponencialment, en tot cas, abans de la integració en la Unió Europea. La població resident amb nacionalitat polonesa (Polònia entrà a la Unió Europea el 2004, en l'ampliació més gran de membres duta a terme) s'ha multiplicat gairebé per 41 en el període i té el 2009 més residents que altres països d'Europa com els Països Baixos.

Amèrica és el segon continent quant a països amb elevada població d'aquestes nacionalitats al nostre arxipèlag. Els fluxos migratoris més potents des del continent americà provenen, com sabem, de la part situada al sud. Equador, amb 13.358 residents, se situa en primera posició, entre les nacions americanes emissores d'immigrants. Tot seguit se situen Argentina (11.717), Colòmbia (10.380), Bolívia (7.762), Uruguai (4.937), Brasil (4.441) i Xile (2.891).

Tots els països del continent americà presenten en el període considerat taxes molt elevades de creixement, que han superat com a mínim un factor multiplicador de 10. Dos països presenten unes taxes especialment espectaculars d'increment: Equador i Bolívia, que han passat de ser unes poblacions gairebé sense representació a l'arxipèlag i, per tant, poc més que desconegudes (42 i 26 residents, respectivament, el 1998) a ser dels països amb uns dels volums demogràfics de població estrangera resident més importants a les Illes (13.358 i 7.762, respectivament, el 2009). Un cas que hem de tenir present també és el de Colòmbia, que ha multiplicat la població per més de 47 i ha assolit els 10.380 residents el 2009 o Argentina, que percentualment té un increment no tan destacable, però en tractar-se d'un país amb una important presència a començaments del període, ha assolit una xifra de població resident realment espectacular: 11.717 habitants el 2009. Visualment, la colònia argentina té reflex en les nostres ciutats, amb la instal·lació de comerços específics relacionats en molts casos amb l'alimentació (forns, pastisseries, productes argentins...), carnisseries (amb talls de carn específics), restaurants "asadores" i gelateries (per tradició italiana, en gran part). Així mateix, també constitueix part del paisatge humà habitual el consum públic d'herba mate amb les característiques pipes (encara que no solament es consumeix aquesta beguda a Argentina).

Àfrica compta amb tres països entre els que tenen més presència de residents a les Balears. Destaca per damunt de la resta el Marroc, amb 23.192 residents l'any 2009, xifra que el situa després d'Alemanya en la segona posició entre tots els països amb més població d'aquesta nacionalitat empadronada a l'arxipèlag. El Marroc ja tenia el 1998 una colònia important, amb 2.834 residents, però ha augmentat en més d'un 800% el nombre d'efectius fins a situar-se en una de les colònies estrangeres més importants de l'arxipèlag. Una part important de la població marroquina s'ha inserit en el mercat del treball agrícola i de la construcció. Lluny d'aquestes xifres apareixen els residents de nacionalitats subsaharianes senegalesa (3.296) i nigeriana (3.118). La colònia senegalesa i la nigeriana han experimentat en aquest període un creixement importantíssim, ja que han assolit les xifres esmentades a partir d'unes reduïdes colònies de 247 i 15 membres,

respectivament. Ambdues colònies han passat de ser quantitativament insignificants a ocupar unes destacades posicions entre les nacions amb més residents a les Illes Balears. Molts subsaharians es dediquen a la venda en els mercats municipals setmanals o a la venda ambulat. És conegut que el col·lectiu nigerià femení es dedica, en un percentatge prou significatiu, al mercat del sexe de carrer, en carrers de l'Arenal de Palma, a la zona del centre de la capital i en municipis turístics com Calvià.

Àsia és un continent amb relativament poca representació. Tot i així, la Xina presenta una important colònia de residents estrangers a les Illes, amb 4.029 persones l'any 2009. Ja hem parlat en l'apartat introductori d'alguns aspectes relacionats amb la colònia xinesa, per la qual cosa no hi insistirem. Podem considerar, no obstant això, que hi ha un altre tipus de migració provinent de la Xina que té un cert pes a les nostres Illes: les adopcions internacionals provinents d'aquest país. En aquest cas, el flux migratori és gairebé en tots els casos femení. Aquesta circumstància és conseqüència, al marge de les preferències dels adoptants, pel fet de la política reproductiva de la Xina, que només permet (amb poques excepcions) un únic fill. Aquesta política no és neutra, atès que un fill mascle perpetua el llinatge i dona prestigi als progenitors. Això fa que els orfenats siguin plens de filletes i, per tant, sigui molt més fàcil adoptar-ne una.

El creixement de la colònia xinesa s'ha multiplicat per deu en aquest període i ha passat dels quatre-cents residents d'aquesta nacionalitat l'any 1998 als més de quatre mil el 2009. Aquest gran creixement el podem relacionar amb l'expansió comercial que hem comentat anteriorment.

Referències bibliogràfiques

Institut Nacional d'Estadística: <<http://www.ine.es>>.

Institut d'Estadística de les Illes Balears: <<http://www.ibestat.cat>>.

Carbonero, M. A.; Carretero, S.; Lluch, F. D. (2008): «Demografia i llar». A: AA.VV.: *Memòria del Consell Econòmic i Social*. Palma: Govern de les Illes Balears.

Lluch, F. D. (1997): *Geografia de les Illes Balears*. Palma: Lleonard Muntaner.

Salvà, P. (2009): «El procés immigratori a les Illes Balears. Característiques geodemogràfiques actuals i reptes de futur». *Revista d'Afers Socials. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració*, 2, 5-22.

Vidaña, L. (2008): «Família estrangera i participació en el sistema educatiu de les Illes Balears». *Revista d'Afers Socials. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració*, 1, 50-68.

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

(Maó, 1965). Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria de Medi Ambient. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic i s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques (els incendis a les Illes Balears, estadístiques dels menors infractors, els noms dels nadons...). Des de 1990 és professor de Geografia dels cursos de reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB). Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics (PERI del Terreno, avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del menor, estudi de la joventut de les Illes Balears...). Coautor, diversos anys, del capítol de sanitat de l'Informe Econòmic i Social de "Sa Nostra" i del capítol de demografia i llar del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres, com ara *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears* (1991) i *Geografia de les Illes Balears* (1997) i articles en revistes científiques sobre demografia de les Illes Balears. Ha participat, així mateix, en obres col·lectives com la *Gran Enciclopèdia de Mallorca* i l'*Atlas de les Illes Balears*.

**ANÀLISI DE LES PENSIONS.
REALITAT I PERSPECTIVES DE FUTUR**

Anàlisi de les pensions. Realitat i perspectives de futur

Antonio Comas Barceló

Resum

L'impacte de la crisi econòmica en el sistema de protecció social, en general, i en el sistema de pensions, en particular, està per veure. En aquests moments assistim tant a Europa com a Espanya a uns anys crucials per al nostre «estat del benestar», que en pot sortir afeblit. Fins fa poc, la consolidació del sistema passava per fer una reforma contínua, de poc calat i amb vista a mitjà termini. Ara es té la sensació que les reformes han de precipitar-se i que les instàncies internacionals han passat de les recomanacions a les exigències. Si els embats són conjunturals, el sistema en pot sortir reforçat, però si són irreversibles pot haver-hi un abans i un després de l'actual crisi.

Cent anys de protecció social tenen un valor incalculable, que fins i tot caracteritza el nostre continent davant el món. Atesa la realitat de les pensions a Espanya, cal advocar pel seu enfortiment, però sense dramatitzar els canvis i les reformes que siguin necessaris. La nostra societat està compromesa amb el model, per la qual cosa caldrà defensar-lo amb l'esforç de tots. Sacrificis, retallades i altres mesures legals han de servir per apuntalar el nostre sistema de protecció social, no per desmuntar-lo. La pau social està en joc.

Resumen

El impacto de la crisis económica en el sistema de protección social, en general, y en el sistema de pensiones, en particular, está por ver. En estos momentos se está asistiendo tanto en Europa como en España a unos años cruciales para nuestro «estado del bienestar», de los que puede salir debilitado. Hasta fechas recientes la consolidación del sistema pasaba por hacer una reforma continua, de poco calado y con miras a un medio plazo. Ahora se tiene la sensación que las reformas tienen que precipitarse y que las instancias internacionales han pasado de las recomendaciones a las exigencias. Si los embates son coyunturales el sistema puede salir reforzado, pero si son irreversibles puede haber un antes y un después de la actual crisis.

Cien años de protección social tienen un valor incalculable, que incluso caracteriza nuestro continente ante el mundo. Vista la realidad de las pensiones en España hay que abogar por su fortalecimiento, pero sin dramatizar los cambios y las reformas que sean precisos. Nuestra sociedad está comprometida con el modelo, por lo que habrá que defenderlo con el esfuerzo de todos. Sacrificios, recortes y otras medidas legales han de servir para apuntalar nuestro sistema de protección social, no para desmontarlo. La paz social está en juego.

1. Introducció

A Espanya, «l'estat del benestar», reflex del model europeu, se sustenta sobre quatre pilars bàsics, que són:

- a) El sistema nacional de salut, configurat per la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i actualitzat per la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat.
- b) El sistema educatiu, conjunt de poders públics que garanteixen el dret a l'educació, reconegut en l'article 27 de la Constitució espanyola, així com els de llibertat d'ensenyament i d'autonomia universitària, precepte objecte d'un ampli i canviant desenvolupament normatiu.
- c) El sistema de Seguretat Social, del qual s'ha exclòs la sanitat —com a superació de la prestació d'assistència sanitària— perquè té fisonomia pròpia, i que actualment se circumscriu a les prestacions econòmiques, singularment a les pensions, tant en la seva modalitat contributiva com no contributiva, així com a la protecció per atur.
- d) El sistema d'atenció a la dependència, últim pilar, creat per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, actualment en l'equador de la seva aplicació progressiva i objecte d'un cert desencantament davant les expectatives de protecció albirades.

Actualment el sistema de la Seguretat Social, en la seva modalitat contributiva, està integrat pel règim general, que inclou els treballadors per compte aliè o assimilats de la indústria i dels serveis, i pels cinc règims especials que varen superar la racionalització de la seva estructura (Llei 26/1985, de 31 de juliol, la denominació de la qual identifica els subjectes inclosos: agrari, treballadors de la mar, mineria per al carbó, empleats de llar i treballadors autònoms).

El col·lectiu de funcionaris públics (civils, militars i judicials) és al seu torn destinatari d'un sistema de protecció propi, integrat per dos mecanismes de cobertura: el règim de classes passives de l'Estat, comú a tots, i el règim especial específic dels diferents subjectes protegits: de funcionaris civils de l'Estat, de les forces armades i del personal al servei de l'Administració de justícia.

Així resumida, la composició del sistema de la Seguretat Social podria qualificar-se de formalment completa, però emmalaltiria d'una imprecisió significativa: l'existència de mutualitats de previsió social (MPS) alternatives al règim especial de treballadors autònoms (RETA). En conseqüència, advocats, arquitectes, enginyers, metges, etc., com a professionals col·legiats «lliures» que treballin pel seu compte, poden triar estar protegits en la seva pròpia MPS en detriment del RETA.

Pel que fa a la modalitat no contributiva, el sistema de la Seguretat Social comprèn els espanyols residents en territori nacional, els espanyols no residents i els estrangers que resideixin i es trobin legalment en territori nacional, col·lectius destinataris de les pensions no contributives de jubilació i invalidesa.

2. La realitat de les pensions a les Illes Balears

Periòdicament, els mitjans de comunicació locals —a la vista de les dades del Ministeri de Treball i Immigració— ofereixen com a «notícia» la quantia de la pensió mitjana de la Seguretat Social a les nostres Illes (704,45 euros dia 1 d'abril de 2010), la mitjana estatal (776,44 euros en la mateixa data), el percentatge diferencial (al voltant d'un 9%) i el recordatori que aquestes xifres situen la comunitat a la cua, només per davant de Galícia, Extremadura i Múrcia. Si el rànquing és per províncies, no passam d'una posició mitjana, ja que ens situam en el lloc 33 de l'espectre nacional.

Vegeu la taula 1: Pensions en vigor dia 1 d'abril de 2010, per classes de pensió i règims. Les causes històriques i presents d'aquesta realitat són conegudes:

- a) La mitjana de les bases de cotització dels treballadors del règim general (324.183 va ser el terme mitjà el 2009), resultant de la taula de retribucions pactades en els convenis col·lectius, està per sota de la d'altres comunitats, amb una implantació més gran de l'activitat industrial (País Basc, Madrid, etc.).
- b) L'estacionalitat de la indústria turística a la nostra província, que ha configurat el perfil del treballador fix discontinu en hostaleria i similars (51.592 el juliol de 2009), pel fet de combinar normalment sis o set mesos de plena activitat amb un període de descans no sempre desitjat: l'atur fora de la temporada. Vegeu la taula 2: Nombre d'afiliats per tipus de contracte. Règim general.
- c) L'existència d'un important col·lectiu de treballadors autònoms (84.038 va ser el terme mitjà el 2009), que en un 85% cotitzen per la base mínima de cotització (841,80 euros o 907,50 euros, si tenen cinquanta anys o més).
- d) L'existència de pensionistes que perceben més d'una pensió (dues pensions de jubilació, una pensió de jubilació i una altra de viduïtat, etc.), la quantia mínima de la qual no és altra que la de més import segons la classe de pensió. En la Seguretat Social no existeix la garantia d'una quantia mínima per a cada pensió, sinó únicament la quantia mínima de la classe de pensió que la tingui més elevada, prèvia suma de totes. En la realitat, ocorre que un receptor de dues pensions (jubilació i viduïtat) cobra entre les dues la mateixa quantia que la pensió de jubilació sense cònjuge a càrrec (557,50 € el 2010, 14 pagues).
- e) La revaloració anual de les pensions en el sistema de la Seguretat Social s'ha efectuat amb criteris objectius en funció de la classe i quantia de les pensions, així com de les modalitats de convivència i dependència econòmica dels beneficiaris, sense tenir en compte factors territorials, per la qual cosa, atès que existeix un diferencial donat (9%) i tenint en compte que la revaloració general s'efectua d'acord —essencialment— amb

L'índex d'inflació previst en l'exercici (1% el 2010), no existeix —mitjançant aquest sistema— cap possibilitat d'un salt significatiu en el rànquing de pensions per quanties mitjanes, tant per comunitat autònoma com per província.

2.1. Les pensions contributives del sistema de la Seguretat Social

Amb data de l'1 d'abril de 2010, el sistema tenia en vigor 165.343 pensions a les Illes Balears, mentre que el total nacional era de 8.644.045, cosa que representa únicament un 1,91% del conjunt.

A la taula 1 figuren les dades relatives a la classe de pensió (incapacitat permanent, jubilació, viduïtat, orfandat i favor familiars) i règim. Cal matisar que, a més dels règims abans esmentats, s'identifiquen amb rang propi les pensions per accident de treball i malaltia professional, en virtut de la seva especial protecció i les de l'extingida assegurança obligatòria de vellesa i invalidesa (SOVI), pensions de vellesa, invalidesa i viduïtat reconegudes a l'empara d'aquesta legislació.

El mes d'abril de 2010 la mitjana de treballadors afiliats amb alta en el sistema va ser de 17.648.660,10 a tot l'Estat i de 402.769,85 a les Illes Balears, xifres que mostren unes ràtios afiliat/pensió clarament favorables a la nostra comunitat (1,91% del total nacional enfront del 2,43% provincial). Aquestes xifres disten dels nombres arribats en els mesos previs a l'inici de la crisi (19.409.642 afiliats de mitjana el maig de 2008, rècord del sistema, i 506.592 afiliats el 31 de juliol de 2008, rècord a les Illes Balears), en els quals les ràtios respectives respiraven optimisme. La ràtio afiliat/pensionista, distinta de l'anterior i referència constant de la sostenibilitat del sistema, va ser el maig del 2010 del 2,6% a l'àmbit nacional. No disposam en aquests moments de la dada a l'àmbit provincial, però sense por d'equivocació ha de fregar el 3%.

La taula 3 incorpora les dades de «Situació d'afiliats en alta per règims i autonomies. Mitjana del mes», corresponent a l'abril de 2010.

2.2. Les pensions no contributives del sistema de la Seguretat Social

La Llei 26/1990, de 20 de desembre, va establir en el marc del sistema de la Seguretat Social un nivell no contributiu de pensions a favor dels ciutadans que es troben en situació de necessitat protegible i manquen de recursos econòmics propis per a la seva subsistència, de manera que superen els mecanismes assistencials existents: Fons Nacional d'Assistència Social (FONAS), Llei d'integració social del minusvàlid (LISMI), etc.

Dia 1 de maig de 2010, el nombre de pensions de jubilació no contributiva en vigor a Espanya va ser de 257.889, amb un import de pensió mitjana de 321,34 euros (14 vegades

l'any). A les Illes Balears, en la mateixa data, el nombre va ser de 4.229, amb un import de 322,94 euros. Pel que fa a la pensió d'invalidesa no contributiva, en el conjunt nacional el nombre va ser de 196.773, amb un import mitjà de 365,57 euros (així mateix amb 14 pagues), de les quals 3.450 corresponen a la nostra comunitat, amb una quantia mitjana de 357,56 euros.

2.3. El règim de classes passives de l'Estat

Amb les dades publicades per la Direcció General de Costos de Personal i Pensions —autèntica entitat gestora del règim de classes passives de l'Estat—, dependent del Ministeri d'Economia i Hisenda, el nombre total de pensions dia 30 d'abril de 2010 és de 587.035, de les quals 9.341 corresponen a les Illes Balears. En la mateixa data, el nombre de pensionistes en el conjunt nacional és de 556.856, dels quals 8.862 corresponen a la nostra Comunitat, ja que en aquest règim també és possible que un mateix beneficiari percebi dues o més pensions. La relació percentual és del 1,59, dada que no és sinó la traducció que a l'arxipèlag hi ha escassa vocació per ser funcionari en actiu i encara menys en situació de passiu.

2.4. Les altres pensions

A la seqüència de pensions expressades en els apartats precedents cal afegir-hi una sèrie de pensions, de difícil o impossible quantificació, tant en nombre com en imports mitjans, però l'existència de les quals no pot ignorar-se. La relació per entitats pagadores, llevat d'error o omissió, és la següent:

a) Les pensions de Seguretat Social reconegudes per institucions d'altres països (en la seva majoria per estats membres de la Unió Europea i per països amb conveni bilateral amb Espanya) en favor de beneficiaris que tenen la seva residència habitual a les Illes Balears i que fan efectiu aquí el dret d'exportació de les prestacions —reconegut en els instruments jurídics internacionals.

b) Les pensions reconegudes per les diferents mutualitats de previsió social alternatives al RETA als seus respectius beneficiaris d'acord amb la seva pròpia acció protectora. És el cas de la Mutualitat General de l'Advocacia, la Germandat Nacional de Previsió Social d'Arquitectes Superiors, l'Associació Mutualista d'Enginyeria (AMIC), la mutualitat de previsió social Mutual Mèdica i un llarg etcètera. Cal precisar que algunes d'aquestes institucions permeten als seus beneficiaris percebre la pensió vitalícia que els correspongui o cobrar d'una sola vegada un cabal substitutori.

c) Les pensions complementàries satisfetes als seus antics empleats per bancs, caixes i grans empreses que, partint de l'import de la pensió reconeguda per la Seguretat Social, cobreixen la diferència fins a una retribució determinada (normalment la percebuda en la data de la

prejubilació —moment en què varen extingir la seva relació laboral i varen subscriure el conveni especial— i, en alguns casos, en la data mateixa de la seva jubilació o invalidesa).

d) La prestació econòmica bàsica establerta pel Govern de les Illes Balears (Decret 117/2001, de 28 de setembre), a manera de renda mínima d'inserció, la quantia mensual de la qual és de 396,31 euros l'any 2010 i que pot arribar a quanties més grans en cas de prestacions addicionals per altres membres del nucli familiar (fins a 776,57 euros).

La sostenibilitat d'un sistema de pensions no es garanteix ni amb discursos polítics ni amb bones intencions. El sistema de repartiment exigeix cohorts successives d'afiliats i cotitzadors que suportin amb el seu esforç el pes de la protecció social de les generacions precedents. La crisi actual ha fet miques els fons de pensions privats que, basats en el sistema de capitalització, prometien als seus partícips grans beneficis. La recuperació econòmica, la creació de llocs de treball, l'increment de la productivitat i la reducció de la despesa per atur són els elements indispensables per garantir el sistema. Mentre això no es produeixi, assistirem a una sèrie de mesures que tendiran a contenir o a reduir la despesa de la protecció social en el nostre país i singularment la de les pensions, tant les ja existents com les de nou reconeixement. La sèrie de mesures previstes o adoptades ha començat.

3. La jubilació als seixanta-set anys

El Consell de Ministres del passat 23 de gener de 2010 va aprovar el document de reforma de les pensions que el Govern presentarà posteriorment a la Comissió Parlamentària del Pacte de Toledo. El document, de quaranta-sis pàgines —es diu—, ofereix un conjunt de mesures per garantir la sostenibilitat del sistema de pensions a mitjà i llarg termini, alhora que preveu un creixement de la despesa assumible per l'economia espanyola, amb l'objectiu de fer compatible la millora de la cohesió social i la competitivitat. La mesura que impacta i sorprèn la societat en general, i els interlocutors socials en particular, és la que pretén desplaçar a poc a poc l'edat legal de la jubilació ordinària des dels seixanta-cinc als seixanta-set anys. La mesura, es puntualitza, «ha de coincidir, en el seu inici, amb la finalització de la majoria dels períodes transitoris de la Llei 40/2007 (de 4 de desembre) l'any 2013». Els períodes transitoris a què es refereix la mesura són els establerts en les disposicions transitòries quarta i dissetena del Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, (text refós de la Llei general de la Seguretat Social) en la redacció donada per aquella llei. Mesos després, el Reial decret llei 8/2010, de 20 de maig, derogarà ambdues disposicions transitòries i suprimirà d'arrel els respectius períodes transitoris.

En les setmanes precedents a la reunió del Consell de Ministres, els mitjans de comunicació es referien a la jubilació amb els titulars següents: «El Govern no preveu allargar l'edat de jubilació» (11 de gener de 2010) i «El Govern es planteja incentivar els que perllonguin —voluntàriament— l'edat de jubilació» (14 de gener de 2010).

A Espanya l'assegurament obligatori es va iniciar el 1919, amb la creació de l'Assegurança de Retir Obrer (vellesa) i es va fixar com a edat pensionable la de seixanta-cinc anys. Cal convenir que en aquests noranta anys l'esperança de vida dels espanyols s'ha multiplicat i, no obstant això, l'edat legal de la jubilació ordinària continua sent a dia d'avui la de seixanta-cinc anys, encara que, això sí, envoltada d'altres modalitats de jubilació que permeten avançar aquesta edat (jubilació amb bonificació d'edat per l'acompliment de determinades activitats professionals a partir dels cinquanta-cinc anys; jubilació per la condició de mutualista a partir dels seixanta anys; jubilació parcial a partir dels seixanta-un anys; jubilació anticipada als seixanta-un anys amb trenta anys de cotització efectiva, etc.) o retardar aquesta edat (jubilació flexible i jubilació diferida o demorada), entre altres variables. En resum, una autèntica jubilació «a la carta». No és desgavellat, doncs, seguint el camí emprès per altres països europeus, establir l'edat legal per a la jubilació ordinària en els expressats seixanta-set anys. Ara bé, ha de tenir-se molt en compte que la determinació dels seixanta-cinc anys com a edat mínima per a la jubilació ordinària no és únicament una condició que ha de complir el beneficiari per causar la seva pensió (art. 161.1.a) del RDL 1/1994, abans esmentat), sinó que és un referent legal que repercuteix en el conjunt de la normativa de la Seguretat Social i fins i tot transcendeix al dret privat. Vegem-ne alguns exemples:

- a) Incapacitat permanent. No es reconeixerà el dret a les prestacions d'incapacitat permanent derivada de contingències comunes quan el beneficiari, en la data del fet causant, tingui l'edat prevista en l'apartat 1.a) de l'article 161 d'aquesta Llei i reuneixi els requisits per accedir a la pensió de jubilació en el sistema de la Seguretat Social (art. 138.1 segon paràgraf).
- b) Prestacions per atur. Per tenir dret a les prestacions per atur s'haurà de reunir el requisit següent: no haver complert l'edat ordinària que s'exigeixi en cada cas per causar dret a la prestació contributiva de jubilació, tret que el treballador no tingué acreditat el període de cotització requerit per a això (art. 207.d).
- c) Extinció del dret a la percepció de la prestació i del subsidi per atur. El dret s'extingirà pel compliment, per part del titular, de l'edat ordinària de jubilació (art. 213 i 219.2, respectivament).
- d) Extinció de les relacions laborals entre empresa i treballador per causar l'esmentada «prejubilació» i subscripció/compensació del conveni especial. La gran majoria d'aquests acords es compleixen fins que el treballador arriba a l'edat ordinària de jubilació.
- e) Prestacions dels plans de pensions. Per a la determinació de la contingència de jubilació, susceptible de cobertura en un pla de pensions, es té en compte el que es preveu en el règim de la Seguretat Social. Per tant, la contingència s'entén produïda quan el partíci

accedeix efectivament a la jubilació de la Seguretat Social, sigui a l'edat ordinària, anticipada o posteriorment (art. 7.a.1. del Reial decret 304/2004, de 20 de febrer, pel qual s'aprova el reglament de plans i fons de pensions).

El retard de l'edat de jubilació legal als seixanta-set anys tindrà el corol·lari de modificar les actuals situacions jurídiques i, si escau, diferir els seus efectes, amb la consegüent repercussió econòmica.

L'acord aprovat el 29 de gener de 2010 i plasmat en el titulat «Document sobre la revisió del Pacte de Toledo», pel que fa a la pensió de jubilació, respon així mateix a altres directrius, com són establir procediments de càlcul de la pensió de jubilació (bases, períodes...) que garanteixin més bé la correspondència entre cotització i prestació i evitin perjudicis als treballadors acomiadats al final de la seva vida laboral. L'ampliació del període de càlcul per a la determinació de la base reguladora està servida. Dels actuals i últims quinze anys es passarà a vint, vint-i-cinc, a tota la vida laboral (?), encara que, òbviament, passant per un període de transició.

El «Document» que va remetre el Govern a final de gener al Congrés dels Diputats conté altres propostes que incideixen sobre el sistema de pensions. En aquest sentit, la reforma pretén augmentar la protecció de les pensions de viduïtat i orfanat en les situacions més vulnerables i reorientar la prestació per adaptar-la a la nova situació laboral i econòmica de les dones i les famílies espanyoles. En aquest context, es planteja l'alternativa d'una indemnització en pagament únic o d'una prestació temporal al cònjuge supervivent quan el període de convivència ha estat molt curt. Una altra de les propostes preveu que en els casos de ruptura familiar dels cònjuges que han col·laborat amb el seu treball en els negocis familiars i poden veure's amb edats avançades sense carrera de cotització, es tendirà al reconeixement mitjançant decisió judicial de la cotització a la Seguretat Social durant un temps, que permeti a una persona dependre més del seu treball i dels seus drets que de rendes i prestacions compensatòries o derivades.

La invalidesa permanent és també objecte de propostes. Es pretén evitar que la incapacitat laboral condueixi necessàriament a l'abandonament prematur de la vida laboral i incentivar el canvi de lloc de treball davant dificultats adaptatives que estan darrere de moltes baixes, especialment en els processos psicosocials. Finalment, s'aposta per potenciar que ciutadans amb una pensió concedida a edats primerenques (beneficiaris d'una pensió d'invalidesa, total o absoluta, derivada de qualsevol contingència) puguin reincorporar-se més fàcilment al mercat de treball en els supòsits que la seva situació ho permeti, mitjançant ajudes econòmiques a la contractació.

Si el calendari previst es compleix, el Congrés dels Diputats podria aprovar abans de cap d'any, en el ple, les noves «recomanacions per a la reforma del sistema de pensions»

elaborades per la coneguda Comissió del Pacte de Toledo, la reedició del qual —constituït per primera vegada el 1995— es convertiria en el marxamo més bo per a una reforma consensuada del sistema. La posterior reforma de la Llei general de la Seguretat Social (LGSS), amb independència de les expressions més o menys eufemístiques (racionalització, sostenibilitat, etc.) de la llei que les articuli i a causa de la duresa i profunditat de la crisi econòmica, probablement es converteixi en un conjunt de mesures irreversibles i no simplement conjunturals, tenint en compte les dificultats actuals. El temps ho dirà.

3.1. El Reial decret llei 8/2010, de 20 de maig

A Espanya, les denominades lleis de «mesures urgents» ja no sorprenen ni espanten la ciutadania a causa del seu ús indegut i reiterat; per això, el Reial decret llei 8/2010, de 20 de maig (RDL), necessita una denominació més impactant i, aquesta vegada, urgent, per la qual cosa es titula: «pel qual s'adopten mesures extraordinàries per a la reducció del dèficit públic».

Les mesures d'ajustament articulades afecten tres dels quatre pilars de l'estat del benestar, encara que amb una diferent extensió o intensitat. Pel que fa al sistema nacional de salut (SNS), el capítol V, dedicat a mesures en matèria de sanitat, procedeix al seu desbrossament, que abasta des de les deduccions sobre els medicaments dispensats per les oficines de farmàcia al SNS (7,5%), les deduccions sobre les compres dels medicaments realitzades pels serveis sanitaris del SNS (7,5%), les seves excepcions (medicaments genèrics i medicaments afectats pel sistema de preus de referència) fins a la revisió del preu de venda al públic dels productes sanitaris inclosos en la prestació farmacèutica del SNS, que es reduirà en el mateix percentatge (7,5%). La reducció de costos és així mateix la directriu per a la dispensació d'unitats concretes per als grups de medicaments i/o patologies que es determinin, amb la finalitat d'ajustar-les a la durada del tractament, fins a arribar a la unidosi, així com per a l'adquisició centralitzada de medicaments i productes sanitaris. En suma, mesures d'escassa repercussió en el futur de la protecció. La revisió dels actuals percentatges de la taxa farmacèutica i la seva exempció (pensionistes, processos per accident de treball o malaltia professional, etc.) i el copagament per a determinats serveis sanitaris (mèdics, hospitalaris, etc.) han estat de moment arranats.

Pel que fa al sistema d'atenció a la dependència (SAD), les modificacions introduïdes en la Llei 39/2006, de 14 de desembre, abans esmentada, aparenten reformes de caire administratiu, si bé tanquen i constitueixen mesures que incideixen en els drets de la persona beneficiària fins ara inusitades en el nostre ordenament jurídic. Constitueix un avanç l'obligació de resoldre els casos en el termini màxim de sis mesos, però, en cas d'incompliment, el fet de generar el dret a la prestació l'endemà d'aquest termini no sembla tenir altra justificació que evitar pagar endarreriments. A més, les quanties en concepte d'efectes retroactius de les prestacions econòmiques previstes en l'article 18 de

la susdita llei podran ser ajornades i el seu abonament periodificat en pagaments anuals d'igual quantia, en un termini màxim de cinc anys des de la data de la resolució ferma de reconeixement exprés de la prestació. El quart pilar es ressent.

En el sistema de la Seguretat Social, el RDL articula diverses mesures que afecten diferents àmbits, com són:

- a) En matèria de pensions, se'n suspèn per a l'exercici 2011 la revaloració, excepte per a les pensions mínimes, les del SOVI no concurrents i les no contributives. Si no es produís aquesta suspensió, totes les pensions haurien de revaloritzar-se conforme a l'índex de preus al consum (IPC) previst per a l'exercici i, si es produís un índex superior en el període computable (novembre-novembre), l'abonament de les diferències corresponents. La suspensió afecta així mateix les pensions de classes passives de l'Estat, amb excepció de les pensions mínimes. En compliment del programa electoral, el Govern es va proposar que en aquesta legislatura les pensions mínimes s'incrementassin, en el seu conjunt, un 26%. La crisi econòmica segurament impedirà complir aquesta promesa.
- b) En matèria de jubilació, les reformes vénen de la mà de la derogació normativa, de manera que s'interrompen els períodes transitoris que per a aquesta prestació s'havien establert en la Llei 40/2007, de 4 de desembre, que va entrar en vigor l'1 de gener següent. Vegem-ne la concreció:
 - a') Es deroga la disposició transitòria quarta de la LGSS sobre aplicació paulatina del període mínim de cotització per a l'accés a la pensió de jubilació (77 dies per semestre, partint de 4.700). En conseqüència, a partir del 25 de maig de 2010, en lloc dels previstos 5.008 dies per estar en el cinquè semestre, s'exigeix ja el període complet de 15 anys (5.475 dies), que en principi havia d'exigir-se a partir de l'any 2013
 - b') Es deroga la disposició transitòria dissetena de la LGSS que contenia normes transitòries sobre jubilació parcial. A partir igualment del 25 de maig de 2010, el dret a la jubilació parcial queda configurat amb els requisits establerts en l'article 166 d'aquesta llei i se suprimeix l'adaptació gradual de l'anterior normativa a l'actual en matèries com l'edat, l'antiguitat mínima, la reducció màxima de jornada i el període específic de cotització per a aquesta modalitat de jubilació. Pel que fa a l'edat, la disposició transitòria segona del RDL disposa fins al 31 de desembre de 2012 una excepció a favor dels treballadors afectats per compromisos adoptats en expedients de regulació d'ocupació o per mitjà de convenis i acords col·lectius d'empreses, aprovats o subscrits, respectivament, amb anterioritat a la vigència del RDL: seixanta anys, si el treballador rellevista és contractat a jornada completa mitjançant un contracte de durada indefinida, i seixanta anys i sis mesos, si el treballador rellevista és contractat en altres condicions.

Cal afegir, finalment, en aquest apartat l'existència en el RDL de la disposició addicional setena, dictada en evitació d'efectes col·laterals derivats de la reducció de les retribucions del personal de la Seguretat Social i la seva repercussió en la cotització al règim general. A aquest efecte es disposa des de l'1 de juny al 31 de desembre de 2010 la base de cotització per a totes les contingències dels empleats públics enquadrats en el règim general, les retribucions dels quals siguin objecte de l'ajustament amatent, en tant romangui la seva relació laboral o de servei, que serà coincident amb la produïda en el mes de maig de 2010, llevat d'excepcions. El reglament general de cotització es ressent en els seus fonaments.

c) En matèria de prestacions familiars, la retallada de la protecció és indiscutible, encara que es difereixen els seus efectes (supressió o reducció) a 1 de gener de 2011. Les mesures que es prenen són les següents:

a') Supressió de la prestació econòmica de pagament únic per naixement o adopció de fill (xec-bebè: 2.500 euros).

b') Reducció a la quantia de 291 euros, en còmput anual, de l'assignació econòmica per fill o menor acollit, menor d'edat i no discapacitat. La norma preveia la quantia de 500 euros si el fill o menor acollit tenia una edat inferior a 5 anys.

Fins aquí, les mesures del RDL; la seva conversió en llei probablement en confirmi l'abast. Caldrà que estem expectants.

3.2. La reforma laboral

La destrucció de més de dos milions de llocs de treball i una taxa d'atur que ronda el 20% en tan sols dos anys de crisi econòmica han posat de manifest a Espanya la insostenibilitat del nostre model de relacions laborals. Esgotades les possibilitats d'arribar amb els agents socials a una reforma consensuada, el Govern de la nació —empès per la crisi financera i els poders fàctics de fora de les nostres fronteres— aprova el Reial decret llei 10/2010, de 16 de juny, de mesures urgents per a la reforma del mercat de treball, com un instrument més per sortir de la recessió, ja que pretén incrementar la competitivitat i la productivitat de les empreses sense minvaments significatius dels drets i garanties dels treballadors.

“El passat dia 18 de setembre de 2010 es publica en el Butlletí Oficial de l'Estat la Llei 35/2010, de 17 de setembre, de mesures urgents per a la reforma del mercat de treball, que no fa sinó -segons el parer dels sindicats majoritaris- justificar la convocatòria de vaga general prevista pel 29 de setembre, que tindrà després lloc amb dispars resultats, èxit o fracàs?”.

Com les reformes laborals precedents (anys 1997, 2001 i 2006) i encara que aquesta pretengui ser una reforma d'importància que, més enllà de donar resposta a la situació actual de l'economia, afronti els principals problemes que el mercat laboral arrossega des de fa dècades (rigidesa, inestabilitat de l'ocupació, elevades indemnitzacions per les extincions dels contractes, etc.), la reforma de 2010, en el més bo dels casos, complirà les exigències del guió, que no és poc: articular un conjunt de mesures que permetin generar més ocupació, incrementar el nombre de treballadors en actiu i reduir el nombre de persones en atur (dos milions i mig en els últims dos anys), fet que implica més cotitzadors al sistema de la Seguretat Social i menys beneficiaris de la protecció per atur, de manera que s'enforteixi així un dels pilars del nostre estat de benestar.

Per definició, l'ordenament jurídic de les pensions de la Seguretat Social no pot veure's modificat per una reforma laboral, però l'èxit o el fracàs de l'intent tindrà resultes, ja que és inqüestionable la seva repercussió en el sistema. Des de la separació de les fonts de finançament el 2002, el sistema de pensions es finança exclusivament amb cotitzacions socials. Empresaris i treballadors són els subjectes responsables del pagament de les quotes respectives. Si una reforma laboral genera l'ocupació desitjada, més i més bona, el sistema de pensions es consolida i la reforma pot veure's limitada a prevenir dificultats a mitjà termini. Si les mesures laborals engegades no aconseguen a curt termini els efectes pretesos, la reforma de les pensions està abocada a retallar expectatives de dret molt pròximes i a aprofundir a la baixa en la racionalització de la despesa.

El sistema de pensions sostenible és el que s'assenta en la solidesa del mercat laboral. Les successives cohorts de treballadors en actiu són els agents necessaris, en un sistema de repartiment com el nostre, per assegurar en tot moment el present i el futur de les pensions, sense necessitat d'acudir a fons de reserva, vàlids per a situacions extremes. Per contra, quan milions de treballadors estan «instal·lats» en l'atur (perceptors del subsidi per a més grans de cinquanta-dos anys, beneficiaris del mal anomenat PER —Pla d'Ocupació Rural a Andalusia i Extremadura— i «prejubilats»), «navegant» en l'economia submergida (no menys d'un 20%), «atrapats» en la temporalitat dels seus contractes i en altres situacions similars (immigració «incontrolada»), encara que de vegades sigui contra la seva voluntat, es posa en perill aquesta sostenibilitat. La defensa del sistema públic de pensions passa per remoure aquestes anòmales situacions, ja que transcendeixen el mer episodi de la seva ocurrència. Si no s'eradiquen aquestes pràctiques a curt termini, amb la cooperació de tots —poders públics i particulars— en la lluita contra el frau i no com una mostra de solidaritat, sinó per un pur egoisme a favor dels nostres pensionistes i de nosaltres mateixos, les perspectives de les pensions, en particular, i de l'estat de benestar, en general, no són gens falagüeres. Les retallades de la protecció seran inevitables. Si la recent reforma, d'una banda, no veu complerts els seus objectius i, d'una altra, el negatiu cicle econòmic s'estén en el temps, caldrà escometre una nova reforma laboral. L'immediat futur desvelarà la incògnita.

Taula 1 | Nombre d'afiliats per tipus de contracte. Règim general

Període		300	309	330	331	350	389	TOTAL
		INDEFINIT. FIX DISCONTINU	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS CEE	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. INICIAL. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ	
2001	Gener		62			811		873
	Febrer	10.543	61	3		1.120		11.727
	Març	16.661	68	4		1.644		18.377
	Abril	28.515	65	9	1	2.223	52	30.865
	Maig	36.046	61	11	1	2.708	116	38.943
	Juny	36.586	60	11	1	2.749	164	39.571
	Juliol	36.452	58	12	1	2.718	189	39.430
	Agost	36.243	92	12	1	2.673	235	39.256
	Setembre	35.683	238	13	1	2.870	251	39.056
	Octubre	20.538	388	8	1	1.742	203	22.880
	Novembre	7.085	296	3	1	765	117	8.267
	Desembre	6.131	244	3		594	104	7.076
2002	Gener	7.027	265	3		686	121	8.102
	Febrer	10.513	334	2		933	139	11.921
	Març	17.038	451	3		1.548	164	19.204
	Abril	26.991	539	9		2.451	182	30.172
	Maig	35.834	633	23		3.541	230	40.261
	Juny	36.373	652	23		3.579	258	40.885
	Juliol	36.310	677	25		3.585	437	41.034
	Agost	36.056	681	24		3.552	505	40.818
	Setembre	35.138	675	24		3.486	532	39.855
	Octubre	19.933	519	17		2.023	481	22.973
	Novembre	7.264	376	5		759	244	8.648
	Desembre	6.045	314	3		674	230	7.266
2003	Gener	6.812	333	4		719	226	8.094
	Febrer	10.081	382	4		950	252	11.669
	Març	14.466	458	6		1.412	297	16.639
	Abril	27.683	548	19		2.967	375	31.592
	Maig	36.852	604	34		4.424	495	42.409
	Juny	37.436	622	36		4.522	535	43.151
	Juliol	37.501	621	38		4.570	576	43.306
	Agost	37.185	604	37		4.552	628	43.006
	Setembre	36.424	598	40		4.446	693	42.201
	Octubre	21.516	462	29		2.489	551	25.047
	Novembre	8.326	346	11		925	383	9.991
	Desembre	6.281	255	9		756	316	7.617

Font: Tresoreria General de la Seguretat Social. Direcció Provincial de les Illes Balears

Taula 2 | *Nombre d'afiliats per tipus de contracte. Règim general*

Període		300	309	330	331	350	389	TOTAL
		INDEFINIT. FIX DISCONTINU	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS CEE	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. INICIAL. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ	
2004	Gener	7.260	274	10		766	312	8.622
	Febrer	10.906	310	12		1.052	314	12.594
	Març	16.202	350	18		1.725	350	18.645
	Abril	28.275	406	39		3.234	411	32.365
	Maig	37.689	448	49		4.644	489	43.319
	Juny	38.363	442	53		4.658	526	44.042
	Juliol	38.247	441	52		4.668	574	43.982
	Agost	38.067	438	55		4.626	610	43.796
	Setembre	37.222	424	53		4.450	688	42.837
	Octubre	23.556	361	36		2.703	620	27.276
	Novembre	7.771	287	11		956	413	9.438
	Desembre	6.420	269	11		835	395	7.930
2005	Gener	7.528	298	13		925	318	9.082
	Febrer	10.959	336	15		1.275	332	12.917
	Març	16.963	400	26		2.144	385	19.918
	Abril	27.685	420	39		3.481	428	32.053
	Maig	38.016	499	67		5.064	552	44.198
	Juny	38.509	495	70		5.085	651	44.810
	Juliol	38.637	517	68		5.025	932	45.179
	Agost	38.186	496	70		4.979	1.097	44.828
	Setembre	37.484	497	65		4.816	1.343	44.205
	Octubre	22.378	400	45		2.765	945	26.533
	Novembre	7.709	313	14		1.087	508	9.631
	Desembre	6.349	309	12		962	467	8.099
2006	Gener	7.186	330	13		993	417	8.939
	Febrer	10.437	380	15		1.352	421	12.605
	Març	15.843	411	25		2.092	512	18.883
	Abril	28.686	448	51		4.067	629	33.881
	Maig	38.075	489	80		5.642	758	45.044
	Juny	38.238	499	79		5.598	791	45.205
	Juliol	38.397	648	83		5.553	814	45.495
	Agost	37.985	878	82		5.477	821	45.243
	Setembre	37.851	1.093	78		5.384	855	45.261
	Octubre	22.104	1.353	51		2.947	708	27.163
	Novembre	7.842	888	17		999	444	10.190
	Desembre	6.425	881	13		854	403	8.576

Font: Tresoreria General de la Seguretat Social. Direcció Provincial de les Illes Balears

Taula 3 | *Nombre d'afiliats per tipus de contracte. Règim general*

Període		300	309	330	331	350	389	TOTAL
		INDEFINIT. FIX DISCONTINU	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. MINUSVALIDS CEE	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. INICIAL. PROGRAMA FOMENT TREBALL	INDEFINIT. FIX DISCONTINU. TRANSFORMACIÓ	
2008	Gener	7.714	413	22		797	774	9.720
	Febrer	11.834	484	29		1.057	821	14.225
	Març	18.725	621	42		1.546	1.022	21.956
	Abril	30.701	823	73		2.815	1.229	35.641
	Maig	40.830	971	118		4.859	1.522	48.300
	Juny	41.498	960	127		5.003	1.597	49.185
	Juliol	41.618	938	130		5.062	1.761	49.509
	Agost	41.306	917	127		4.965	1.939	49.254
	Setembre	40.047	892	124		4.532	2.014	47.609
	Octubre	22.383	651	92		2.227	1.582	26.935
	Novembre	9.212	291	42		834	1.096	11.475
	Desembre	6.392	221	33		655	884	8.185
2009	Gener	7.126	211	35		669	813	8.854
	Febrer	10.978	268	38		862	872	13.018
	Març	16.883	380	49		1.223	1.021	19.556
	Abril	30.493	609	92		2.628	1.287	35.109
	Maig	42.326	772	146		5.138	1.547	49.929
	Juny	43.152	770	151		5.533	1.651	51.257
	Juliol	43.232	760	154		5.662	1.784	51.592
	Agost	42.834	704	150		5.514	1.824	51.026
	Setembre	41.558	628	146		4.959	1.819	49.110
	Octubre	31.581	475	112		3.440	1.666	37.274
	Novembre	8.311	61	37		814	1.003	10.226
	Desembre	6.868	32	34		685	901	8.520
2010	Gener	7.399	21	35		670	834	8.959
	Febrer	11.681	17	42		886	963	13.589
	Març	19.462	17	62		1.334	1.146	22.021
	Abril	31.635	18	99		2.748	1.362	35.862
	Maig							0
	Juny							0
	Juliol							0
	Agost							0
	Setembre							0
	Octubre							0
	Novembre							0
	Desembre							0

Font: Tresoreria General de la Seguretat Social. Direcció Provincial de les Illes Balears

Taula 4 | Situació d'afiliats en alta per règims i autonomies

DIRECCIONS PROVINCIALS		MITJANA DEL MES											abril de 2010	
		Règim general		Règim especial (*) treballadors autònoms		Règim especial agrari		Règim especial de la mar		Règim esp. mineria carbó		Règim esp. empleats lliar		TOTAL SISTEMA
		No SEITA	SEITA	Compte aliè	Compte propri	Compte aliè	Compte propri	Continus	Discontinus					
CC.AA.	Àlaba	127.494,95	19.798,60	2.335,55	1.659,20	1.659,20	0,00	0,00	0,00	1.408,00	243,85	1.408,00	243,85	152.940,15
	Guipúscoa	228.123,45	69.706,25	1.659,20	596,45	1.173,85	91,20	0,00	4.226,15	1.006,50	1.006,50	4.226,15	1.006,50	306.583,05
	Bisciaia	369.472,40	85.197,95	1.581,45	1.125,05	2.984,25	137,90	0,00	6.054,25	1.790,40	1.790,40	6.054,25	1.790,40	468.343,65
	PAÍS BASC	725.090,80	174.702,80	5.576,20	3.380,70	4.158,10	229,10	0,00	11.688,40	3.040,75	3.040,75	11.688,40	3.040,75	927.866,85
	Barcelona	1.901.557,45	380.459,45	3.194,20	6.883,75	3.052,60	138,45	0,00	28.898,05	18.923,65	18.923,65	28.898,05	18.923,65	2.343.107,60
	Girona	224.167,70	58.579,95	2.372,30	3.695,20	1.276,00	168,50	0,00	2.316,90	2.015,65	2.015,65	2.316,90	2.015,65	294.592,20
	Lleida	128.213,35	35.444,40	7.380,50	4.410,05	0,00	0,00	26,00	1.102,30	773,05	773,05	1.102,30	773,05	177.349,65
	Tarragona	225.208,40	51.997,00	4.597,00	6.621,30	1.799,65	235,75	0,00	2.045,65	1.377,00	1.377,00	2.045,65	1.377,00	293.881,75
	CATALUNYA	2.479.146,90	526.480,80	17.544,00	21.610,30	6.128,25	542,70	26,00	34.362,90	23.089,35	23.089,35	34.362,90	23.089,35	3.108.931,20
	A Coruña	320.582,40	75.540,90	13.550,05	1.453,65	3.500,65	2.894,50	13,00	5.427,05	3.037,25	3.037,25	5.427,05	3.037,25	425.999,45
	Lugo	81.304,45	23.920,15	14.950,75	1.344,25	1.770,30	237,10	0,00	1.294,00	1.568,30	1.568,30	1.294,00	1.568,30	126.389,30
	Ourense	75.925,45	23.554,75	3.341,25	359,70	0,00	0,00	0,00	1.479,85	1.482,75	1.482,75	1.479,85	1.482,75	106.143,75
	Pontevedra	257.836,60	62.929,90	5.710,75	1.293,85	8.383,60	7.413,00	0,00	3.906,30	2.349,90	2.349,90	3.906,30	2.349,90	349.823,90
	GALÍCIA	735.648,90	185.945,70	37.552,80	4.451,45	13.654,55	10.544,60	13,00	12.107,20	8.438,20	8.438,20	12.107,20	8.438,20	1.008.356,40
	Almeria	154.696,35	39.595,70	13.434,50	42.987,45	867,25	84,45	0,00	1.307,45	613,45	613,45	1.307,45	613,45	253.586,60
	Cadis	268.202,15	51.552,90	1.805,45	32.015,40	4.059,15	296,85	0,00	2.561,10	414,90	414,90	2.561,10	414,90	360.907,90
	Còrdova	165.450,30	46.954,65	3.415,30	75.170,65	0,00	0,00	129,00	1.771,85	426,70	426,70	1.771,85	426,70	293.318,45
	Granada	191.081,60	53.175,05	3.456,95	59.202,35	191,40	15,95	0,00	2.961,15	965,15	965,15	2.961,15	965,15	311.049,60
	Huelva	111.055,90	24.267,40	1.487,80	72.627,75	2.073,35	362,95	0,00	840,10	208,15	208,15	840,10	208,15	212.923,40
	Jaén	129.512,95	36.498,90	2.632,35	74.880,00	0,00	0,00	0,00	1.188,15	252,20	252,20	1.188,15	252,20	244.964,55
	Màlaga	383.050,45	93.153,60	1.516,85	37.716,25	1.013,40	154,60	0,00	5.888,60	3.019,50	3.019,50	5.888,60	3.019,50	525.513,25
	Sevilla	489.391,60	97.084,30	2.059,45	106.958,45	338,45	70,00	0,00	8.036,30	1.722,10	1.722,10	8.036,30	1.722,10	705.660,65
	ANDALUSIA	1.892.441,30	442.282,50	29.808,65	501.558,30	8.543,00	984,80	129,00	24.554,70	7.622,15	7.622,15	24.554,70	7.622,15	2.907.924,40
	ASTÚRIES	289.308,85	67.441,50	11.487,35	1.062,85	1.317,00	394,35	3.892,30	4.370,25	1.980,45	1.980,45	4.370,25	1.980,45	381.254,90
	CANTÀBRIA	163.856,45	38.009,45	5.293,35	708,65	1.208,10	199,80	0,00	3.252,60	609,35	609,35	3.252,60	609,35	213.137,75
	LA RIOJA	90.791,30	22.768,95	3.762,85	3.909,55	0,00	0,00	0,00	1.270,85	428,45	428,45	1.270,85	428,45	122.931,95
	REG. DE MÚRCIA	353.539,95	89.708,85	5.519,25	64.496,80	971,10	101,50	0,00	4.756,55	4.044,00	4.044,00	4.756,55	4.044,00	523.138,00
	Alacant	413.603,40	112.179,10	3.022,90	19.690,40	1.930,45	119,10	0,00	4.393,95	3.322,95	3.322,95	4.393,95	3.322,95	558.262,25
	Castelló	158.045,00	40.281,20	2.652,75	8.611,75	1.232,20	85,75	0,00	1.459,35	1.270,45	1.270,45	1.459,35	1.270,45	213.638,45
	València	699.429,60	167.996,10	5.171,55	37.986,75	2.034,20	142,15	0,00	7.173,50	7.119,90	7.119,90	7.173,50	7.119,90	927.053,75
	COM. VALENCIANA	1.271.078,00	320.456,40	10.847,20	66.288,90	5.196,85	347,00	0,00	13.026,80	11.713,30	11.713,30	13.026,80	11.713,30	1.698.954,45

Osca	63.437,65	19.851,80	3.863,35	1.759,15	0,00	0,00	0,00	0,00	604,55	229,25	89.745,75
Terol	37.890,95	10.323,30	4.114,30	1.255,45	0,00	0,00	0,00	373,10	379,15	137,90	54.474,15
Saragossa	312.695,35	64.487,60	4.858,25	5.849,60	0,00	0,00	0,00	93,00	3.868,65	1.320,90	393.173,35
ARAGÓ	414.023,95	94.662,70	12.835,90	8.864,20	0,00	0,00	0,00	466,10	4.852,35	1.688,05	537.393,25
Albacete	97.640,20	26.657,25	2.836,95	10.418,90	0,00	0,00	0,00	89,90	1.186,40	316,65	139.056,35
Ciudad Real	122.810,90	31.272,55	4.341,65	12.580,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.391,50	364,80	172.851,30
Cuenca	48.113,35	14.577,95	5.365,05	7.374,30	0,00	0,00	0,00	0,00	613,60	130,50	76.174,75
Guadalajara	66.721,25	12.687,40	1.475,05	915,60	0,00	0,00	0,00	0,00	712,60	237,45	82.749,35
Toledo	167.780,25	46.132,60	3.779,50	8.984,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1.835,30	662,45	229.174,20
CAST. - LA MANXA	503.065,95	131.327,75	17.798,20	40.272,90	0,00	0,00	0,00	89,90	5.739,40	1.711,85	700.005,95
Las Palmas	290.963,50	52.587,80	1.047,85	8.045,35	2.853,50	228,90	0,00	0,00	3.267,30	829,70	359.823,90
S. C. Tenerife	259.138,65	50.180,75	1.624,20	7.378,85	2.177,25	209,05	0,00	0,00	2.728,65	728,95	324.166,35
CANÀRIES	550.102,15	102.768,55	2.672,05	15.424,20	5.030,75	437,95	0,00	0,00	5.995,95	1.558,65	683.990,25
NAVARRA	209.184,45	41.906,65	5.040,05	4.570,90	0,00	0,00	0,00	0,00	3.964,95	696,65	265.363,65
Badajoz	152.274,75	41.434,85	6.699,65	40.238,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.249,65	163,40	242.060,80
Càceres	90.783,80	26.280,55	4.359,00	22.424,90	0,00	0,00	0,00	0,00	1.010,75	147,60	145.006,60
EXTREMADURA	243.058,55	67.715,40	11.058,65	62.663,40	0,00	0,00	0,00	0,00	2.260,40	311,00	387.067,40
ILLES BALEARS	307.756,65	78.961,10	1.902,85	2.673,70	1.580,70	234,25	0,00	0,00	6.257,85	3.402,75	402.769,85
COM. DE MADRID	2.379.958,65	357.350,35	1.213,00	4.986,90	4.007,95	0,00	0,00	8,00	53.355,95	20.241,45	2.821.122,25
Àvila	37.093,05	12.500,20	2.888,65	1.459,35	0,00	0,00	0,00	0,00	569,00	117,25	54.627,50
Burgos	113.810,65	24.744,10	4.953,70	2.075,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.617,50	237,65	147.439,10
Lleó	119.965,80	33.048,35	7.328,90	1.225,60	0,00	0,00	0,00	2.258,85	1.709,60	727,70	166.264,80
Palència	46.794,00	12.127,90	2.883,00	1.088,20	0,00	0,00	0,00	146,80	491,15	107,45	63.638,50
Salamanca	87.276,90	23.219,20	4.803,55	2.012,20	0,00	0,00	0,00	0,00	1.243,40	237,20	118.792,45
Segòvia	42.465,50	12.795,65	2.313,80	1.662,35	0,00	0,00	0,00	0,00	712,90	126,80	60.077,00
Sòria	28.728,45	6.903,55	1.754,85	333,90	0,00	0,00	0,00	0,00	428,20	80,15	38.229,10
Valladolid	162.534,25	35.045,05	3.305,40	3.879,95	0,00	0,00	0,00	0,00	2.131,00	404,20	207.299,85
Zamora	40.688,00	13.614,05	4.737,60	1.744,15	0,00	0,00	0,00	0,00	378,60	142,00	61.304,40
CASTELLA I LLEÓ	679.356,60	173.998,05	34.969,45	15.481,20	0,00	0,00	0,00	2.405,65	9.281,35	2.180,40	917.672,70
CEUTA	16.925,55	2.926,15	0,00	11,65	222,60	4,00	0,00	0,00	705,00	8,00	20.802,95
MELILLA	15.403,55	3.134,65	0,00	12,60	74,00	0,00	0,00	0,00	1.312,90	36,25	19.975,95
TOTAL	13.319.738,50	2.922.548,30	214.881,80	822.429,15	52.092,95	14.020,05	7.029,95	203.116,35	92.803,05	17.648.660,10	

(*) Des de gener 2008 s'ha procedit a la integració en el règim especial dels treballadors per compte propi o autònoms, en el nou sistema especial de treballadors agraris (S.E.T.A.), dels treballadors per compte propi del règim agrari, en aplicació de la Llei 18/2007

Taula 5 | Pensions en vigor a 1 d'abril de 2010

COMUNITAT AUTÒNOMA ILLES BALEARS	INCAPACITAT PERMANENT			JUBILACIÓ			VIDUITAT		
	Nombre	Import	P.Medida	Nombre	Import	P.Medida	Nombre	Import	P.media
1. RÈGIM GENERAL									
ILLES BALEARS	13.736	11.043.404,54	803,98	55.443	54.477.569,80	982,59	26.998	15.476.919,30	573,26
TOTAL NACIONAL	584.254	550.290.495,86	941,87	2.915.139	3.194.817.502,17	1.095,94	1.409.611	892.252.752,23	632,98
2. R.E. AUTÒNOMS									
ILLES BALEARS	2.585	1.485.526,16	574,67	27.889	15.811.891,94	566,96	10.882	4.154.635,20	381,79
TOTAL NACIONAL	130.712	79.267.443,89	606,43	1.165.573	700.719.680,54	601,18	481.713	204.429.640,96	424,38
3. R.E. AGRARI									
ILLES BALEARS	141	68.607,47	486,58	2.714	1.480.733,58	545,59	2.079	793.684,17	381,76
TOTAL NACIONAL	56.577	32.512.048,82	488,34	348.807	198.630.156,77	569,46	199.798	92.407.910,57	462,51
4. R.E. DEL MAR									
ILLES BALEARS	153	139.387,05	911,03	1.525	1.689.347,48	1.107,77	1.206	673.518,19	558,47
TOTAL NACIONAL	9.106	7.290.667,95	800,64	70.808	75.178.476,44	1.061,72	45.513	25.873.414,64	568,48
5. R.E. MIN. CARBÓ									
ILLES BALEARS	6	5.429,54	904,92	129	178.428,22	1.383,16	149	96.739,48	649,26
TOTAL NACIONAL	3.921	5.123.550,82	1.306,69	38.015	68.160.502,83	1.792,99	23.749	17.369.535,60	731,38
6. R.E. EMPHOGAR									
ILLES BALEARS	311	140.148,20	450,64	4.071	1.916.665,83	470,81	388	116.368,28	299,92
TOTAL NACIONAL	12.997	6.145.064,28	472,81	158.025	77.476.105,10	490,28	10.064	2.895.025,68	287,66
7. ACCID. TREBALL									
ILLES BALEARS	1.529	1.375.805,82	899,81	781	689.804,19	883,23	791	515.080,49	651,18
TOTAL NACIONAL	85.801	86.183.703,56	1.004,46	45.739	39.536.772,63	864,40	62.213	44.207.553,10	710,58
8. MALALITIA PROFESSIONAL									
ILLES BALEARS	158	129.859,15	821,89	51	55.779,69	1.093,72	43	26.790,95	623,05
TOTAL NACIONAL	13.556	14.528.020,76	1.071,70	11.939	18.770.668,68	1.572,21	16.105	12.698.897,40	788,51
9. SOVI									
ILLES BALEARS	327	121.300,78	370,95	5.804	2.128.094,38	366,66	349	108.939,93	312,15
TOTAL NACIONAL	25.656	9.357.612,41	364,73	364.798	132.034.318,43	361,94	37.960	12.414.530,00	327,04
TOTAL SISTEMA									
ILLES BALEARS	18.946	14.509.468,71	765,83	98.407	78.428.315,11	796,98	42.885	21.962.675,99	512,13
TOTAL NACIONAL	932.580	790.698.308,35	847,86	5.118.843	4.505.324.183,59	880,15	2.286.726	1.304.549.260,18	570,49

COMUNITAT AUTÒNOMA ILLES BALEARS	ORFANDAT		FAVOR DE FAMILIARS			TOTAL DE PENSIONS			
	Nombre	Import	P.mèdia	Nombre	Import	P.mèdia	Nombre	Import	P.mèdia
1. RÈGIM GENERAL									
ILLES BALEARS	3.389	1.073.795,41	316,85	104	33.065,52	317,94	99.670	82.104.754,57	823,77
TOTAL NACIONAL	166.634	60.023.153,18	360,21	22.506	10.555.686,27	469,02	5.098.144	4.707.939.589,71	923,46
2. R.E. AUTÒNOMS									
ILLES BALEARS	1.019	257.021,44	252,23	22	7.834,48	356,11	42.397	21.716.909,22	512,23
TOTAL NACIONAL	53.310	16.111.767,64	302,23	8.656	3.391.460,36	391,8	1.839.964	1.003.919.693,39	545,62
3. R.E. AGRARI									
ILLES BALEARS	231	84.568,79	366,1	11	4.671,70	424,7	5.176	2.432.265,71	469,91
TOTAL NACIONAL	24.208	8.361.651,22	345,41	3.192	1.210.627,88	379,27	642.582	333.122.395,26	518,41
4. R.E. DEL MAR									
ILLES BALEARS	66	21.388,85	324,07	1	179,40	179,40	2.951	2.523.820,97	855,24
TOTAL NACIONAL	4.934	1.866.595,20	378,31	913,00	433.915,90	475,26	131.274	110.643.070,13	842,84
5. R.E. MIN. CARBÓ									
ILLES BALEARS	17	10.510,09	618,24	1,00	1.101,68	1.101,68	302	292.209,01	967,58
TOTAL NACIONAL	2.034	1.082.817,93	532,36	496,00	351.201,21	708,07	68.215	92.087.608,39	1.349,96
6. R.E. EMPHOGAR									
ILLES BALEARS	46	13.659,77	296,95	4,00	1.634,40	408,60	4.820	2.188.476,48	454,04
TOTAL NACIONAL	2.169	763.553,14	352,03	586,00	232.363,06	396,52	183.841	87.512.111,26	476,02
7. ACCID. TREBALL									
ILLES BALEARS	182	60.957,97	334,93	7,00	4.376,23	625,18	3.290	2.646.024,70	804,26
TOTAL NACIONAL	13.699	4.926.250,19	359,61	1.109	876.808,01	790,63	208.551	175.731.087,49	842,59
8. MALALIA PROFESSIONAL									
ILLES BALEARS	5	1.206,24	241,25				257	213.636,03	831,27
TOTAL NACIONAL	1.226	656.895,15	535,80	224,00	204.255,95	911,63	43.050	46.858.737,94	1.088,47
9. SOVI									
ILLES BALEARS							6.480	2.358.335,09	363,94
TOTAL NACIONAL							428.414	153.806.460,84	359,01
TOTAL SISTEMA									
ILLES BALEARS	4.955	1.523.108,53	307,39	150,00	52.863,41	352,42	165.343	116.476.431,78	704,45
TOTAL NACIONAL	268.214	93.792.683,65	349,69	17.256.318,64	17.256.318,64	457,95	8.644.045	6.711.620.754,41	776,44

Font: Institut Nacional de la Seguretat Social. Subdirecció General d'Estudis Econòmics

Autor

ANTONIO COMAS BARCELÓ

Palma, 1945. Llicenciat en Dret per la Universitat de Saragossa (1967), Llicenciat en Filosofia i Lletres (Secció Història) per la UIB (1979) i Graduat Social per l'Escola Social de Barcelona (1982). Pertany al Cos Superior de Tècnics de l'Administració de la Seguretat Social. Des de 1996 és director provincial de la Tresoreria General de la Seguretat Social i ha desenvolupat sempre la seva activitat laboral en les institucions de la Seguretat Social. Des del curs 1971-1972 és professor de Seguretat Social de l'Escola Universitària de Relacions Laborals, adscrita a la UIB. Té publicats diversos llibres sobre la Seguretat Social (manuals, monografies, etc.) i articles diversos en revistes especialitzades en la matèria.

**LA COORDINACIÓ SOCIOSANITÀRIA EN EL
SERVEI DE SALUT:
UNA REALITAT NECESSÀRIA**

La coordinació sociosanitària en el Servei de Salut: una realitat necessària

Patricia Gómez Picard

Rosa Maria Adrover Barceló

Angélica Miguélez Chamorro

Resum

La coordinació sociosanitària requereix que les administracions, els gestors i els professionals de l'àmbit social i sanitari s'hi impliquin; que siguin definits d'una manera clara els circuits d'accés als recursos i que es reflexioni profundament sobre la sostenibilitat dels serveis.

És indispensable analitzar les alternatives de coordinació en tots els àmbits del Servei de Salut: des de la porta d'entrada al sistema fins a l'àmbit de l'atenció primària en els hospitals i centres sociosanitaris, sense oblidar que és necessari que l'àmbit de la salut i el dels serveis socials estiguin coordinats amb propostes innovadores i factibles per garantir la continuïtat assistencial tant als pacients com a les famílies.

L'aposta per la formació del cuidadors informals permet captar persones dependents i cures a domicili millors, amb la reducció dels costos i la millora de l'eficiència consegüents. Definir estratègies des d'una planificació adient és la clau per mesurar els resultats en salut de les persones fràgils, vulnerables i dependents.

Resumen

La coordinación sociosanitaria requiere la implicación de las administraciones y de los gestores, de los profesionales del ámbito social y sanitario, una definición clara de los circuitos de acceso a los recursos y una profunda reflexión sobre la sostenibilidad de los servicios.

Es indispensable analizar las alternativas de coordinación en los diferentes ámbitos del Servicio de Salud: desde la puerta de entrada al sistema en el ámbito de la atención primaria hacia los hospitales y centros sociosanitarios, sin olvidar la necesaria coordinación entre el ámbito de la salud y el de los servicios sociales, con propuestas innovadoras y factibles, para garantizar la continuidad asistencial tanto para los pacientes como para sus familias.

La apuesta por la formación de los cuidadores informales permite la captación de personas dependientes y mejores cuidados a domicilio, con la consiguiente reducción de los costes y la mejora de la eficiencia. La definición de estrategias desde una planificación adecuada es clave para medir los resultados en salud de las personas frágiles, vulnerables y dependientes.

1. Introducció

Millorar la coordinació assistencial és prioritari per a molts de sistemes de salut, especialment per atendre problemes de salut crònics en què intervenen professionals i serveis múltiples. És necessari sistematitzar l'abundància d'estratègies i de mecanismes de coordinació per utilitzar-los d'una manera adequada.¹

L'augment de l'esperança de vida de la població i la millora de les condicions físiques de les persones de més de seixanta-cinc anys fan que la malaltia, la dependència i la discapacitat puguin aparèixer en una edat més avançada que dècades enrere. Els canvis migratoris, la incorporació de la dona al món laboral i, per tant, la manca de cuidadors en pròpia la família fan que, quan una persona emmalalteix, necessiti l'acció sinèrgica i coordinada entre els serveis socials i els sanitaris. Aquesta provisió dicotòmica de serveis hauria de ser superada amb persones que tenen necessitats sanitàries i socials, que són difícilment separables.²

Les relacions entre els nivells obliguen a definir tasques i, de vegades, a redissenyar l'organització per mantenir la capacitat de govern. És el que anomenem «coordinació»: la divisió de les tasques per maximitzar el resultat de professionals que contribueixen a produir un bé o servei determinat.³

No és senzill conèixer la xarxa de recursos sanitaris i socials, els circuits d'atenció i de derivació, el model de sol·licitud per accedir a cada un, l'organització interna de cada estructura, els professionals responsables de cada cas, etc. Hi ha una dificultat addicional pel que fa a l'escenari de la coordinació entre nivells assistencials, que és canviant; a més, no té res a veure la realitat d'aquest moment amb la de fa uns anys.⁴

Per tant, per als gestors de les polítiques sanitàries i socials és un repte analitzar els models d'èxit en l'àmbit estatal i internacional, avaluar-ne els resultats i valorar les opcions que siguin més eficients des del punt de vista del cost econòmic.

Els professionals hem de ser conscients que la pràctica clínica està condicionada pels canvis en el perfil de la tipologia de pacients que hem d'atendre i, per tant, no la podem mantenir invariable i estàtica en el temps.

La descoordinació impedeix veure el sistema com un únic proveïdor de serveis que resol íntegrament els problemes dels pacients en el moment i lloc adequats.⁵

Els avenços científics i tecnològics augmenten els requeriments dels ciutadans, que esperen més implicació en la presa de decisions que tenen a veure amb la seva salut, la llibertat d'elecció en el servei i entre els professionals, més informació, personalització en el tracte, més confort i intimitat, i coordinació i continuïtat en la provisió del servei de salut.⁶

Hi ha una tendència europea (i mundial) respecte de les necessitats de millorar la coordinació entre els nivells i els sectors per resoldre els problemes sanitaris i socials dels pacients i de les poblacions.³

L'esfera política defineix les prioritats d'atenció i el sistema de finançament: el missatge sol ser de més oferta de serveis, en la qual hi ha poc debat públic i una participació ciutadana escassa.⁷

Les anàlisis que aborden el tema per mitjà d'un enfocament global que contribueixi a comprendre millor el procés de coordinació assistencial i els factors que incideixen en aquest són escassos¹.

2. Alternatives de coordinació sociosanitàries en el Servei de Salut de les Illes Balears

El sistema de salut està organitzat com si no existís la realitat d'allò que és crònic. En canvi, el 80% de les consultes a l'atenció primària són sobre malalties cròniques i representen el 60% dels ingressos hospitalaris. Les malalties cròniques —la diabetis, l'artritis, les malalties respiratòries, l'obesitat i algunes patologies de salut mental— han augmentat d'una manera espectacular a Espanya i representen el 70% de la despesa sanitària.⁸

Els nivells d'atenció en el sistema sanitari necessiten estar estretament coordinats i relacionats amb tots els mecanismes i tecnologies disponibles per fer possible la transició dels pacients a un nivell o a un altre amb les màximes garanties de continuïtat assistencial, seguretat i comunicació entre els professionals, i evitar fragmentacions en el tractament i en l'atenció durant el seu procés clínic.

Independentment de totes les alternatives per millorar la coordinació assistencial, els professionals sanitaris —fonamentalment, els metges i infermeres, però també els treballadors socials— duen a terme tasques de coordinació en les intervencions assistencials habituals, en les quals destaca el treball en equip com a mecanisme principal per a una atenció coordinada de qualitat i una garantia de continuïtat.

2.1. Gestió de casos en l'atenció primària

Difícilment podrem mantenir el pacient al domicili en bones condicions, si els responsables de la gestió de les institucions implicades no desenvolupen models d'organització en xarxa per oferir una atenció a domicili integrada de qualitat.²

Els equips de suport a l'atenció domiciliària (ESAD) varen ser creats a través de la Resolució de la presidència executiva de l'INSALUD, del 26 de juliol de 1999, i se'n va justificar la

creació amb l'envelliment poblacional progressiu i l'augment de la demanda sanitària, que es podia satisfer amb cures sanitàries a domicili. Així doncs, les activitats de l'ESAD també varen ser regulades i es va donar un protagonisme especial a la coordinació entre l'hospital i la xarxa d'atenció primària, a la docència, al suport i a l'assessorament als professionals de l'atenció primària per a l'atenció a domicili dels pacients terminals, amb limitació funcional o immobilitzats complexos.⁹

Posteriorment, quan s'hagueren transferides les competències sanitàries a les comunitats autònomes, el Servei de Salut de les Illes Balears va regular (BOIB núm. 153/2002, de 21 de desembre)¹⁰ tant la composició de l'ESAD com les seves funcions i en va reforçar el paper coordinador en el sistema sanitari i assegurador de la continuïtat assistencial dels pacients complexos, fràgils i terminals. Els professionals de l'ESAD actuen en l'àmbit de l'atenció primària en col·laboració estreta amb la resta d'àmbits assistencials. El tipus de pacients que atén són pacients terminals amb malalties cròniques o oncològiques, persones amb malalties geriàtriques complexes que tenen necessitats assistencials especials o que estan en fase de descompensació.¹⁰

L'atenció als malalts crònics sovint és feta d'una manera reactiva, no planificada i fragmentada pels diferents proveïdors; a més, els serveis d'atenció primària i hospitalària estan saturats. En tot aquest procés, es visualitzen alguns professionals que ocuparan un lloc destacat en el desenvolupament de models orientats a l'atenció a pacients crònics: les infermeres i els metges de família estan cridats a un lideratge de primer ordre, especialment les infermeres.⁸

Per donar respostes eficients a la cronicitat, a l'envelliment, a la dependència i al canvi d'estructures familiars, el Servei de Salut de les Illes Balears impulsa la figura de la infermera gestora de casos en l'atenció primària amb els objectius de donar continuïtat a l'assistència en els diferents nivells del sistema i de potenciar una atenció de qualitat a domicili amb l'ús eficient i coordinat de tots els recursos socio-sanitaris. Aquest projecte neix arrel de l'eficient gestió de casos implantada en Atenció Primària d'Andalusia a l'any 2002¹¹

A les Illes Balears, hem passat d'una cobertura d'atenció domiciliària d'un 2% de la població de més de seixanta-cinc anys, l'any 2007, al 5,8%, el 2010. Si tenim en compte les dades de dependència de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, veiem que cal continuar millorant en la captació de pacients per al programa d'atenció domiciliària. Aquestes persones amb problemes de salut i de mobilitat acudeixen una vegada i una altra al sistema per intentar solucionar-los i fan demandes freqüents al metge, a la infermera i a la treballadora social del centre de salut, fan visites a urgències hospitalàries i ingressos, etc. En resum, han augmentat molt els costos sanitaris en aquest grup de població, per la qual cosa hem de innovar en l'organització dels serveis sanitaris per aconseguir una gestió eficaç de casos i una organització orientada envers les persones i no la malaltia.

Cal que l'organització estigui orientada envers la persona que consumeix més i no envers la malaltia, per augmentar l'autonomia de les persones i millorar els coneixements, les habilitats i les actituds que té amb l'objectiu de controlar més bé la seva salut, però amb menys cost.

Per assolir aquest canvi en l'organització hi ha un compromís explícit de la direcció del Servei de Salut, per la qual cosa crea una estructura específica que doni respostes eficaces a les persones que ho necessiten més. Es fonamenta en la gestió de casos, definida per la Case Management Society of America com «un procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, monitoren i avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i eficiència».¹²

La infermera gestora de casos centra la intervenció en la persona, en els problemes que generen dependència (problemes de discapacitat funcional, afrontament, etc.) i en la capacitat d'autocura del pacient i de la xarxa familiar per fer front a la situació. Aquests són els factors responsables d'una gran part de les urgències i de les estades hospitalàries.

Per què la infermera gestora de casos és diferent de la infermera comunitària?¹³

Les persones que requereixen cures a domicili reben atenció en tots els nivells assistencials: professionals dels centres de salut, dels serveis especialitzats, dels hospitals, dels serveis socials municipals i de serveis socials públics o privats diversos. No hi ha cap proveïdor, però, que pugui respondre tot sol a la necessitat de cures que tenen l'usuari i la família, i, per això, és necessari que un professional coordini i doni continuïtat a aquestes cures. La infermera gestora de casos ha de garantir la continuïtat de les cures entre tots els nivells assistencials i entre els sectors sanitari i social, amb una pràctica avançada de cures.

La gestió de casos aplicada a les cures té els objectius següents:

- Recollir informació específica sobre les necessitats dels pacients mitjançant una valoració integral de cada cas (malalt, cuidador, família, llar, definició de rols, suplència/ajuda per a les activitats de la vida diària, dispositius d'enllaç amb serveis sanitaris i socials diversos).
- Identificar els problemes.
- Dissenyar un pla d'intervenció.
- Coordinar les activitats amb els professionals i els familiars implicats.

La infermera gestora de casos es coordina amb professionals diversos i mobilitza els recursos necessaris per garantir una atenció integral i continuada que resolgui les necessitats de cures del pacient i de la persona cuidadora per assolir els objectius marcats pel pla assistencial.

Població diana de la infermera gestora de casos¹²

- Persones afectades per processos crònics incapacitadors: patologies osteoarticulars, vasculars, obstrucció crònica del flux aeri i del neurològic, deteriorament cognitiu i funcional, trastorn mental greu
- Persones en condicions de fragilitat o de dependència o risc de dependència, amb alguna de les característiques següents: deteriorament funcional, deteriorament cognitiu, manca de suport social (aïllament social, viduitat recent, necessitat d'ajuda per fer les activitats de la vida diària, recursos econòmics escassos, problemes a l'habitatge, rebuig de la seva situació mèdica o social)
- Persones en procés pluripatològic i amb deteriorament funcional o cognitiu
- Persones en situació terminal i que necessiten cures paliatives a domicili
- Pacients amb necessitats de cures després de l'alta hospitalària: ictus, fractura del maluc, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, pacients pluripatològics, diabetis, puèrperes, úlceres cutànies, reagudització d'una malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), etc.
- Persones cuidadores d'aquests pacients

Els serveis que la infermera gestora de casos presta a domicili són els següents:¹²

- Captació activa: recerca de casos a partir de censos d'atenció domiciliària, censos de població adscrita en les bases de dades del sistema sanitari, pacients amb prestació de bolquers d'incontinència, etc.
- Valoració integral: valoració de les necessitats de cures estandarditzades des de diferents marcs conceptuals d'infermeria, ús de qüestionaris, tests i índexs multiprofessionals per objectivar els problemes dels pacients
- Disseny i aplicació d'un pla de cures integral amb abordatge multiprofessional
- Posada en funcionament d'intervencions coordinades entre els professionals de l'equip d'atenció primària i els nivells assistencials (continuitat assistencial)
- Derivació de pacients a altres nivells assistencials segons els acords i circuits establerts.
- Intervencions «a mida» segons els problemes detectats en els pacients
- Detecció precoç de problemes crònics de salut, tractament i seguiment
- Monitoratge i control de símptomes
- Educació per a l'autocura
- Gestió de material sanitari i ajuts tècnics per a l'atenció domiciliària
- Serveis de suport a la persona cuidadora principal
- Valoració de necessitats de cures
- Impartició de tallers de suport a les persones cuidadores: formació i suport per resoldre els problemes detectats depenent de les valoracions dels problemes de les persones cuidadores
- Seguiment i atenció telefònica
- Coordinació entre els nivells. Preparació de l'alta i de l'ingrés hospitalari

- Suport a la coordinació sociosanitària
- Promoció de la formació, del desenvolupament i de la millora professional amb relació a les cures d'infermeria
- Desenvolupament de grups de treball per millorar el servei d'atenció domiciliària

La infermera gestora de casos aprofita les possibilitats que ofereix el nostre model organitzatiu en els equips d'atenció primària per desenvolupar l'atenció domiciliària i impulsar-la; garantir la continuïtat assistencial dels pacients i de les persones cuidadores al llarg del seu cicle vital, sense que l'atenció sanitària resulti fragmentada, al mateix temps que millora la capacitat de resposta coordinant els recursos assistencials, professionals i les ajudes tècniques per tenir cura de les persones dependents i les persones cuidadores.

2.2. Coordinació intrahospitalària

És habitual que, després d'un episodi agut, les persones fràgils requereixin un període de convalescència, rehabilitació i/o cures pal·liatives. El cost elevat de l'estada hospitalària fa que l'organització hagi d'escurçar l'estada mitjana per als processos aguts.

El perfil de la població atesa ha canviat els darrers anys. L'edat era una limitació per a moltes intervencions quirúrgiques o uns tractaments determinats. Avui en dia, l'avenç en les tècniques i en els processos quirúrgics permet intervenir persones d'edat avançada. Per aquest motiu, és freqüent que necessitin un període de recuperació més llarg. Això a banda, la majoria de les persones de més de seixanta-cinc anys pateixen diverses malalties cròniques d'una manera simultània.⁸ Per tant, és necessari valorar el procés com un continu i que el tracti un equip multidisciplinari, en el qual l'aportació de cada professional permeti una visió integral del pacient i de la seva família.

Hi ha algunes alternatives de coordinació intrahospitalària en el Servei de Salut. El treball en equip de les unitats de valoració sociosanitàries (UVASS) —en les quals participen metges, infermeres, treballadors socials i administratius— permet aportar una visió holística de la persona. Són coneixedors dels recursos sanitaris de convalescència, rehabilitació, cures pal·liatives i cures especials, i també dels recursos socials.

Les UVASS actuen com a consultors en les unitats d'hospitalització, quan, després de l'alta, el pacient requereix una estada en un hospital sociosanitari, o bé comencen els tràmits per valorar el grau de dependència i sol·liciten un recurs social, si és necessari.

Aconseguir millorar l'autonomia del pacient, fomentar les autocures, implicar la família, afavorir l'alta en el domicili i derivar la persona al recurs més adequat són els objectius habituals de les UVASS. El seguiment a càrrec de l'equip en la fase final de l'ingrés hospitalari permet evitar els reingressos i no haver d'acudir als serveis d'urgències amb tanta freqüència.

Els darrers anys, el paper de la infermera gestora de casos en l'àmbit hospitalari ha adquirit una rellevància especial. En principi, la figura va ser implantada en l'àmbit comunitari, però de cada vegada hi ha més comunitats autònomes que es decanten per implantar aquesta figura en els hospitals.

La infermera gestora de casos ofereix un entorn centrat en la persona i no en la malaltia; promou l'autonomia com a pilar per a la recuperació funcional i la reincorporació a la comunitat; garanteix el màxim benestar i minimitza el patiment dels pacients i familiars; fomenta la presa de decisions compartides entre els professionals i pacients, i assegura la continuïtat de l'atenció.¹⁴

En el moment de l'ingrés, després d'haver valorat les necessitats del pacient, l'adaptació a la seva situació de salut i després d'haver valorat l'entorn familiar i social, és bo de fer identificar les persones que requeriran un recurs addicional per millorar la pròpia autonomia. La tasca de coordinació amb l'equip d'atenció primària per garantir la continuïtat de les cures és un dels objectius prioritaris de la seva atenció. Així mateix, valorar d'una manera específica la situació permet detectar amb prou antelació si el pacient necessitarà material ortoprotètic i educació, si el cuidador principal necessitarà suport, planificar les cites, si s'ha de preparar cap sol·licitud per a un hospital de dia o si s'ha de gestionar el trasllat a un hospital sociosanitari o a una residència.

Hi ha projectes de recerca que se centren a avaluar les intervencions de les infermeres gestores de casos (també anomenades «infermeres d'enllaç») en resultats de salut de la població, a millorar la qualitat de vida dels cuidadors i a satisfer el pacient i la seva família.¹⁵⁻¹⁸ Aquests projectes confirmen els beneficis i l'eficiència de disposar d'infermeres professionals que fan aquesta tasca en els hospitals.

Tal com demostren els resultats les infermeres gestores de casos hospitalaris detecten i valoren les necessitats de les persones i de les famílies d'una manera conjunta i precoç, i eviten que es perdin casos i que hi hagi retard en l'atenció al pacient i a la seva família. La continuïtat de les cures sense la sensació d'abandonament després de l'alta genera una gran satisfacció, permet optimitzar aquestes cures i evita els reingressos hospitalaris o les visites a urgències, ja que tenen sensació de més seguretat i d'atenció davant possibles complicacions.¹⁹

En moltes ocasions, després d'haver superat el procés agut de la malaltia, les persones passen a ser molt dependents per fer les activitats instrumentals de la vida diària i, fins i tot, per fer les bàsiques. De cada vegada hi ha més pacients que, en haver rebut l'alta hospitalària, necessiten atenció i cures complexes durant un període de temps o d'una manera permanent. Per tant, és important informar i formar els agents en autonomia assistida, tant els qui aplicaran les cures directament com els qui han d'avaluar els cuidadors contractats.²⁰

2.3. Coordinació entre diferents nivells assistencials: atenció primària, hospitalària i sociosanitària

Com hem explicat en aquest capítol, els equips definits en cada un dels nivells assistencials se centren en cada àmbit de treball, però no poden deixar de banda que és necessari que estiguin coordinats amb la resta dels nivells assistencials per assolir els objectius proposats. En realitat, cal aconseguir passar d'un nivell a un altre sense que sorgeixin fissures ni fragmentacions.

Un dels objectius prioritaris és donar a conèixer la cartera de serveis de cada un dels nivells assistencials, els projectes comuns, els circuits i les vies per accedir a cada recurs, difondre les estratègies, etc.

Els pacients pluripatològics tenen, per definició, diverses patologies cròniques, per tant, acudeixen a metges especialistes diversos, reingressen sovint en els hospitals d'aguts o en els sociosanitaris, poden estar polimedicats, etc. Per tot això, necessiten una atenció coordinada i sinèrgica que permeti reduir el nombre de visites i professionals de referència a qui acudir, i preferentment han de ser atesos en l'àmbit de l'atenció primària.

Els plans integrats de cures detallen les passes essencials en la cura dels pacients que tenen un problema de salut específic i permeten traslladar les guies d'evidència a la pràctica clínica. La implementació d'aquests plans ha demostrat que és eficient en el canvi envers les bones pràctiques, ja que els resultats han millorat.²¹

A les Illes Balears, és aplicat un programa d'atenció als pacients pal·liatius. Els equips d'atenció primària —referents per als pacients i les famílies— tenen el suport de l'ESAD per coordinar l'atenció entre el 061 i els hospitals sociosanitaris. En el cas que el pacient necessiti ingressar perquè li controlin els símptomes, l'atenció coordinada permet que ingressi en els hospitals sociosanitaris. Evitar passar per les urgències hospitalàries és un dels objectius prioritaris de l'atenció, en situacions en què el pacient és a la fase terminal.

Gràcies a aquesta experiència reeixida, els professionals també treballen en el programa d'atenció al pacient pluripatològic amb l'objectiu d'evitar-li els ingressos innecessaris i de reduir al màxim el nombre de professionals de referència. Els models d'atenció en xarxa centren l'enfocament en la gestió de patologies cròniques. La definició de processos i l'aportació dels professionals que intervenen en cada un, unides a l'ús de la tecnologia dels sistemes d'informació (com ara, la història de salut electrònica), permeten conèixer en tot moment la situació de salut del pacient, les visites que ha fet a cada un dels centres sanitaris, els informes clínics, etc. Els avantatges principals que té és que evita les duplicitats en la sol·licitud de proves, permet fer ajustaments ràpids i

adequats dels tractaments farmacoterapèutics, dona continuïtat a les cures i, per tant, garanteix la continuïtat assistencial.

Els programes de pacients crònics (asma, diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, etc.) emfasitzen la prevenció i la detecció precoç. Ha quedat demostrat que el control proactiu i planificat d'aquests pacients evita els riscos de l'hospitalització i redueix els costos.²²⁻²³

2.4. Espai sociosanitari: coordinació entre els àmbits de la salut i dels serveis socials

Tot i que és cert que no hi ha límits ni fronteres en els processos clínics, el terme «sociosanitari» avui encara és poc aclaridor. Ni tan sols l'Institut d'Estudis Catalans no l'ha definit i, per tant, no apareix en el diccionari. Tot i així, ja fa dècades que hom parla de la conjunció entre els serveis sanitaris i els socials per atendre les persones que tenen necessitats en ambdós sistemes.

La Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut defineix la «prestació sociosanitària» de la manera següent:²⁴

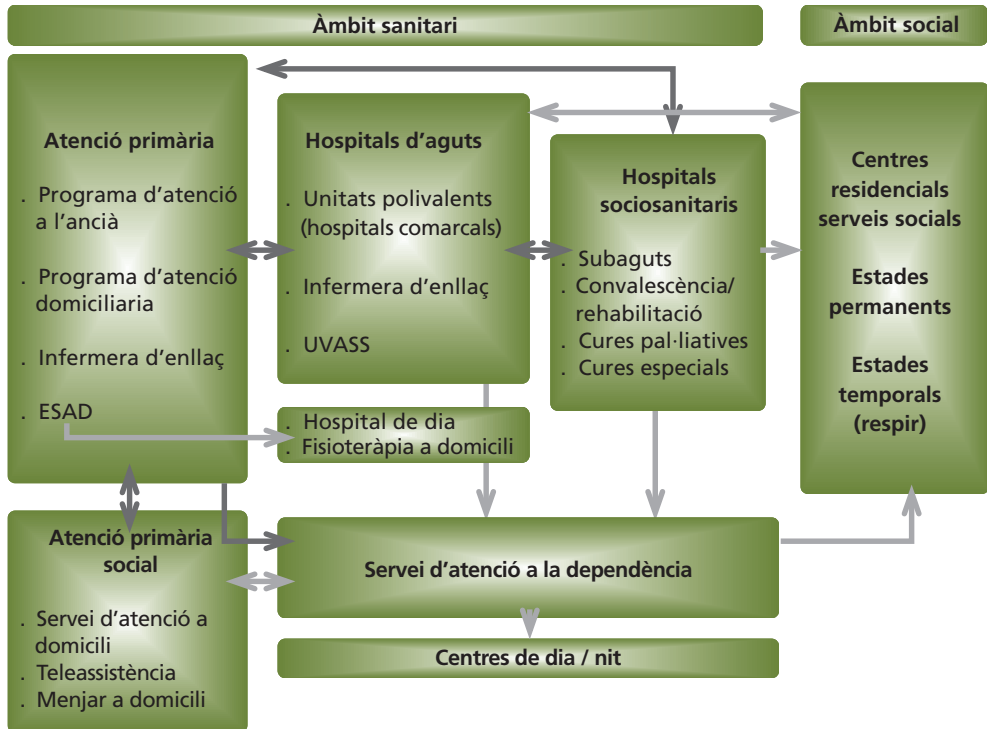
L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades als malalts, generalment crònics, els quals, per les característiques especials que tenen, es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per tenir més autonomia, pal·liar les limitacions o patiments que té i facilitar-los la reinserció social.

Per tant, la integració d'ambdós sistemes sembla que és una de les propostes més eficients per gestionar l'oferta sanitària i social per a les persones que els necessiten tots dos per tenir qualitat de vida.

És evident la diferència que hi ha entre la «malaltia que genera necessitat de serveis sanitaris» i la «dependència com a generadora de necessitat de serveis socials». Tanmateix, és evident que ambdós conceptes estan relacionats. La malaltia és, molt sovint, la causa de la discapacitat i la dependència.²⁵

A les Illes Balears, hi ha mecanismes de coordinació formals que permeten que hi hagi una relació estreta entre les institucions: la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, els consells insulars, els ajuntaments i la Conselleria de Salut i Consum.

Fa un poc més de dos anys hom va intentar resumir les complexes relacions en el gràfic següent:

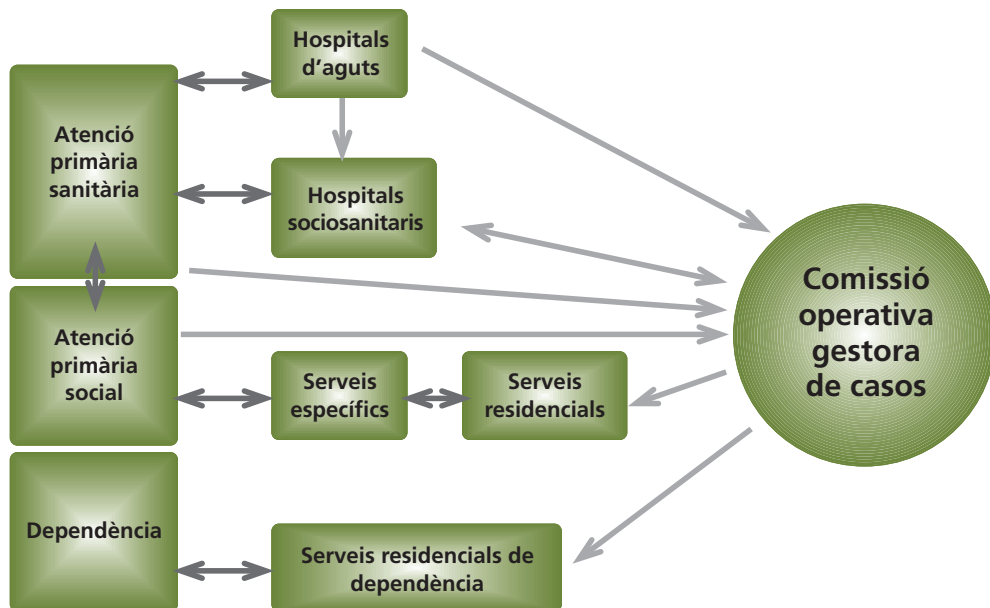
Gràfic 1 | Coordinació socio sanitària

Font: Pla d'accions sanitàries en l'àmbit socio sanitari del Servei de Salut²⁶

Podem observar que és impossible atendre correctament les persones en l'àmbit sanitari o social sense crear canals de comunicació formals entre ambdós.

A més de la participació en comissions interinstitucionals diverses, podem destacar la proposta de relació mitjançant la Comissió Operativa Gestora de Casos, que permet, mitjançant la participació de professionals experts, oferir una resposta coordinada i assegurar a les persones amb necessitats sanitàries i socials que obtindran el recurs més adequat a la seva situació de vida.

Gràfic 2 | Comissió operativa gestora de casos



Font: Pla d'accions sanitàries en l'àmbit socio-sanitari del Servei de Salut²⁶

Una primera passa de la Comissió va ser analitzar les fortaleces, debilitats, amenaces i oportunitats que va posar sobre la taula la complexitat dels circuits, l'accés a un mateix recurs amb portes d'entrada diferents, les duplicitats en els registres de sol·licitud i les persones ateses amb recursos que no cobrien totes les seves necessitats, tant en l'àmbit socio-sanitari com en el de la salut mental.

La comissió operativa gestora de casos proporciona el recurs més adequat als usuaris que tenen necessitats complexes i que aparentment no són descrites en els circuits ordinaris. A més, permet avaluar els circuits, analitzar les dificultats de coordinació, fer propostes de millora i, en definitiva, garantir la continuïtat de l'atenció. La Comissió Socio-sanitària Interinstitucional ha de planificar els recursos, concertar places i gestionar-ne, i ha de crear les estratègies per millorar els resultats i avaluar-los.

3. Formació i atenció a les persones cuidadores no professionals

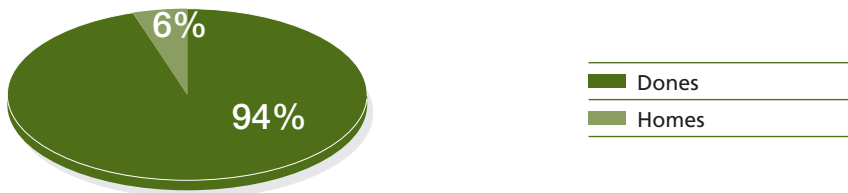
Atendre les persones cuidadores informals és prioritari tant per al sistema sanitari com per al social i, en general, per a tota la societat.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència,²⁷ recull en el catàleg de prestacions l'ajut econòmic per a cures en l'entorn familiar, entre d'altres. L'article 13 d'aquesta llei defineix les cures no professionals com l'atenció donada a les persones dependents en el seu domicili per part de membres de la família o persones de l'entorn, els quals no estan vinculats a un servei d'atenció professionalitzada. Aquesta atenció s'ha d'orientar a proporcionar més qualitat de vida i autonomia a les persones en situació de dependència.

Això a banda, l'article 18.4 encomana al Consell Territorial que promogui accions de suport a les persones cuidadores no professionals. L'article 36 estableix que ha de ser atesa la formació bàsica i permanent de les persones cuidadores que tinguin cura de les persones en situació de dependència, i que els poders públics han de promoure els programes formatius i les accions que siguin necessaris en aquest sentit.

Actualment, segons les dades de la Tresoreria de la Seguretat Social (dades extretes del SAAD)²⁸ de 3 de maig de 2010, a Espanya hi ha 123.830 cuidadors no professionals que cotitzen per aquest concepte a la Seguretat Social. De tots aquests, 116.580 són dones i 7.250, homes, diferència que palesa que el fet del que tenir cura d'altri continua sent una tasca fonamentalment femenina i lligada als rols tradicionals de gènere. «Cuidar» s'ha escrit i s'escriu encara en femení: les dones no solament assumeixen d'una manera majoritària el paper de cuidadors principals, sinó que també són dones les qui les ajuden a cuidar, segons constaten estudis diversos sobre aquest tema.²⁹

Gràfic 3 | *Cuidadors no professionals: distribució per sexe*



Font: Gràfic d'elaboració pròpia amb dades extretes de Tresoreria General de la Seguretat Social²⁸

Pel que fa a la distribució per trams d'edat de les persones cuidadores, observam que hi ha moltes persones cuidadores en trams d'edat avançats.

Gràfic 4 | Distribució per edat dels cuidadors no professionals

Font: Gràfic d'elaboració pròpia amb dades extretes de *Tresoreria General de la Seguretat Social*²⁸

A les Illes Balears, segons les dades extretes de la mateixa font el maig de 2010, hi ha 881 persones cuidadores no professionals que cotitzen per aquest motiu a la Seguretat Social. En la Resolució de 4 de novembre de 2009 de la Secretaria General de Política Social i Consum,³⁰ per la qual és publicat l'Acord del Consell Territorial del Sistema d'Autonomia i d'Atenció a la Dependència, són especificats els criteris comuns d'acreditació en matèria de formació i informació dels cuidadors no professionals. S'hi estableixen les condicions mínimes que ha de contenir la formació bàsica perquè els sistemes públics de serveis socials, sanitaris i educatius impulsin activitats formatives, i també el subsistema de formació professional per a l'ocupació a través de l'oferta formativa no vinculada a l'obtenció dels certificats de professionalitat.

Per contribuir a les vies formatives diverses, el Reial decret 615/2007, d'11 de maig, que concreta la Seguretat Social dels cuidadors de persones en situació de dependència,³¹ va introduir una modificació al Reial decret 395/2007, de 23 de març, pel qual es regula el subsistema de formació professional per a l'ocupació, que estableix l'accés de les persones cuidadores no professionals a aquesta formació. Concretament, els articles 5.1 i 5.3 determinen que les persones cuidadores poden participar en l'oferta formativa i poden tenir prioritat en les accions formatives.

S'ha d'apuntar que en el nostre entorn, la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca va publicar, l'any 2005, el *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*³² i alguns centres de salut han treballat en aquest tema. Varen començar a aplicar el protocol en el Centre de Salut de Son Pisà i aquesta activitat s'ha anat estenent de manera progressiva dins la cartera de serveis d'altres centres de salut de Mallorca i Eivissa i està previst començar a introduir aquestes activitats formatives a centres d'atenció primària de salut de Menorca durant aquest any.

Millorar l'atenció a les persones cuidadores des del sistema sanitari és una de les fites que la Conselleria de Salut i Consum ha establert com a fonamental del Pla d'accions

sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014.²⁶ És bàsic i, a més, una qüestió de justícia valorar les persones cuidadores i la tasca fonamental que duen a terme en la nostra societat.

El cost de tenir cura és molt més ampli que el resultat de sumar les hores dedicades a unes tasques determinades. La vida de la persona cuidadora principal està condicionada per aquest paper. No es treballa de cuidadora: se és cuidadora.²⁹ L'elevada dedicació a les cures comporta restringir la vida social: disminueix la possibilitat de relacionar-se amb els amics i parents i de rebre visites i fer-ne. Moltes vegades la persona cuidadora no té temps per cuidar-se a si mateixa. Els costos de cuidar són elevats en termes de salut, qualitat de vida, oportunitats laborals, relacions socials i de disposició del temps propi.

Les alteracions de la salut de la persona cuidadora que es presenten més sovint són les següents:³³

- Problemes físics: problemes osteoarticulars, cefalea, astènia, alteracions del son, més tendència a l'obesitat en dones i més freqüència d'adoptar hàbits de risc (alcohol i tabac)
- Problemes psíquics: solen ser els més rellevants i poden arribar a tenir una prevalença del 50%. Destaquen l'angoixa, la depressió, les somatitzacions, els sentiments d'enuig, irritabilitat i culpabilitat, i la tendència a l'automedicació
- Problemes sociofamiliars: augment de l'absentisme, dificultats econòmiques, disminució de les activitats d'oci, conflicte amb la resta de membres de la família, increment del risc de patir maltractaments

Assumir el fet de tenir cura d'una altra persona és una situació en què moltes persones es troben en la vida i, en moltes ocasions, no tenen cap opció real de triar. Això fa que l'experiència pugui ser o bé una experiència personal satisfactòria o bé una activitat solitària i ingrata.³³ Les causes principals per les quals les persones decideixen cuidar solen enquadrar-se en l'àmbit emocional i personal: fer el que cal fer, motivació altruista, reciprocitat, gratitud o estima, sentiment de culpa, evitar la censura o cercar l'aprovació social, o bé —i pot ser que en aquests moments sigui un factor emergent— la situació econòmica familiar.

Cal ajudar les persones cuidadores amb una formació que els permeti oferir una atenció de qualitat a la persona de qui tenen cura, i també establir estratègies perquè la persona cuidadora mantengui la seva salut amb tota la dimensió de la paraula: física, psíquica i social.

Per tant, sistematitzar la informació sobre les cures informals és vital per reduir tant com sigui possible aquest impacte que el fet de cuidar pot tenir sobre la salut de les persones

que cuiden, i establir estratègies clares i definides per avaluar quina repercussió han tingut aquestes intervencions de suport planificades per a les persones cuidadores.

Tenint en compte aquesta necessitat i analitzant els recursos que hi ha disponibles a les Illes Balears, queda palès que és recomanable que la Conselleria d' Afers Socials, Promoció i Immigració, la Conselleria de Turisme i Treball, i la Conselleria de Salut i Consum subscriuguin un acord de col·laboració per establir programes formatius per persones cuidadores informals i potenciar que els centres de salut de les Illes Balears participin en la formació i informació dels cuidadors no professionals.

Els centres de salut són presents arreu de les Illes Balears i permeten que les persones cuidadores es puguin formar en un lloc proper a casa seva o bé al domicili de la persona que cuiden. A més, la mesura té altres beneficis importants:

- Ajuda a incrementar la captació de persones dependents i a incloure-les en el programa d'atenció domiciliària, que es desenvolupa en tots els entres d'atenció primària de les Illes Balears .
- Millora el seguiment de la formació, ja que les infermeres responsables de la formació de les persones cuidadores podran valorar la manera com els cuidadors apliquen els coneixements adquirits en l'atenció directa de les persones dependents.
- Redueix els costos i augmenta l'eficiència, ja que el fet de millorar la coordinació entre les administracions que tenen competències sobre el tema permetrà no haver de contractar serveis externs per oferir aquest servei, emprar els materials de suport disponibles i mantenir el suport adient a les persones cuidadores.

Aquesta formació, que serà impartida en els centres de salut, haurà de ser completada amb el Pla de formació de la Conselleria de Treball per poder arribar a totes les persones cuidadores que ho necessitin. Aquest Pla de formació estaria especialment destinat a la formació de les persones cuidadores en edat de treballar i que cotitzin a la Seguretat Social per aquest concepte.

Objectius del programa de formació

Els objectius de la formació de les persones cuidadores, tal com estableixen la Resolució del 4 de novembre de 2009³⁰ i el protocol d'educació grupal a les cuidadores, són els següents:³²

- Facilitar uns coneixements bàsics a les persones cuidadores perquè millorin l'atenció a les persones en situació de dependència

- Promoure que les persones cuidadores apliquin els procediments i les estratègies més adients per mantenir, i millorar, l'autonomia personal de les persones en situació de dependència
- Donar suport emocional a les persones cuidadores
- Informar i orientar sobre els recursos socio-sanitaris més adequats per garantir les cures, l'assistència i la vida autònoma de les persones en situació de dependència
- Impulsar el reconeixement social de les persones cuidadores afavorint-los l'orientació per a una integració laboral futura
- Reforçar l'educació sanitària facilitada per la infermera responsable de l'atenció al domicili de la persona dependent, a més de captar usuaris susceptibles de ser inclosos en el Programa d'atenció domiciliària

Continguts dels programes de formació de persones cuidadores

A títol informatiu i orientatiu, els continguts de la formació inicial proposats en la resolució³⁰ són els següents:

- Desenvolupament personal de la persona cuidadora
- Mesures higièniques sanitàries per a la persona cuidadora no professional
- Grups d'autoajuda i d'ajuda mútua
- Competències i habilitats per promoure l'autocura i l'autonomia personal de les persones en situació de dependència
- Cures psicosocials
- Tècniques per afavorir la lliure determinació i la màxima autonomia individual de les persones en situació de dependència
- Tècniques per afavorir la relació social. Activitat d'acompanyament i de relació social. Estratègies d'intervenció
- Mort i pacient terminal: acompanyament en la mort
- Informació sobre el sistema d'autonomia i l'atenció a la dependència

- Informació sobre els recursos socials
- Recursos disponibles i generació de xarxes socials de suport

El nombre total d'hores per impartir la formació inicial no ha de ser inferior a quinze. A més, la formació específica no ha de tenir una durada inferior a deu hores. Els continguts d'aquesta formació específica han de ser adaptats a les necessitats concretes de la persona cuidadora i podrien incloure els aspectes següents:

- dependència derivada d'una malaltia física
- dependència derivada d'una malaltia mental greu
- dependència derivada d'una discapacitat física o sensorial
- dependència derivada d'una discapacitat psíquica i intel·lectual

Com a conclusió, podem dir que formar les persones cuidadores és una mesura necessària que ha estat incorporada en el catàleg de prestacions que poden oferir els professionals sanitaris en col·laboració amb professionals de l'àmbit social. Sens dubte, permetrà millorar les condicions de vida de les persones dependents, sense oblidar la salut de les que les cuiden.

4. Estratègies d'intervenció

El Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut (2010-2014), després de fer una anàlisi acurada de les necessitats de la població, dels recursos disponibles i de les necessitats de creixement per als anys vinents, va definir les estratègies d'intervenció següents:²⁶

1. Millorar la coordinació entre els serveis sanitaris i socials
2. Definir els nous serveis a partir de les necessitats de la població
3. Potenciar el paper de l'atenció primària
4. Dissenyar un programa de qualitat que garanteixi l'excel·lència en la prestació de les cures
5. Impulsar la recerca; afavorir la pràctica clínica basada en l'evidència i la formació continuada dels professionals

6. Assegurar l'accés als recursos socio-sanitaris des de qualsevol nivell de l'atenció sanitària
7. Desenvolupar l'estratègia nacional de cures pal·liatives a les Illes Balears
8. Implantar el Pla d'àmbit sanitari i difondre'l

Els objectius i les accions de cada una de les estratègies decideixen la política que cal aplicar en l'atenció socio-sanitària del Servei de Salut.

Això a banda, el Pla estratègic del Servei de Salut defineix vint-i-cinc objectius estratègics que incideixen directament o indirectament en la millora de l'atenció socio-sanitària. En destacam els següents:³⁴

- Millorar l'accessibilitat i el temps de resposta als processos assistencials
- Millorar els indicadors de salut i prestar una atenció especial a la prevenció
- Orientar la gestió envers el compliment de les expectatives i la satisfacció dels pacients en el sistema sanitari
- El ciutadà és el protagonista del seu procés assistencial
- Introduir millores organitzatives per afavorir la coordinació entre els diferents àmbits i garantir la continuïtat assistencial implantant accions encaminades a millorar la continuïtat dels processos, la capacitat de resolució de l'atenció primària, l'estimulació del treball cooperatiu i la integració dels processos
- Desenvolupar un pla de qualitat i implantar-lo
- Desenvolupar un pla d'humanització i de personalització de l'atenció i implantar-lo
- Millorar l'atenció urgent
- Adaptar les tecnologies i els sistemes d'informació a les noves necessitats i als reptes del sistema de salut. Aquest apartat té una rellevància especial en l'àmbit socio-sanitari. Els sistemes d'informació permeten compartir la història clínica i són una eina bàsica a l'hora de prendre decisions, gestionar patologies cròniques, fer la gestió clínica i avaluar la pràctica professional basada en l'evidència; a més, a través d'Internet, l'usuari pot demanar cita, canviar de professional, etc. A més a més, el desenvolupament en telemedicina i telecures és emergent

El compromís del Servei de Salut amb cada un dels centres assistencials queda reflectit en un contracte de gestió de periodicitat anual per impulsar accions concretes que contribueixin a assolir els objectius estratègics. Alguns projectes rellevants que són desenvolupats enguany són els següents:

- Garantir la personalització de l'atenció mitjançant la figura de la infermera referent
- Afavorir la continuïtat assistencial a través de l'informe de continuïtat de cures, que està disponible en la història electrònica de salut
- Disminuir la incidència i la prevalença de les úlceres per pressió en tots els hospitals
- Avaluar el dolor i tractar-lo adequadament
- Des de l'atenció primària, captar la població anciana de risc que tingui més de setanta-cinc anys, mitjançant l'impuls del Programa d'atenció a l'ancià i el d'atenció domiciliària
- Oferir formació a les persones cuidadores no professionals

L'any 2008 va ser creada la Comissió Autònoma de Cures, en la qual estan representats tots els centres i àmbits assistencials. Té la missió de promoure l'excel·lència en les cures d'infermeria ofertes als ciutadans de les Illes Balears mitjançant la proposta i l'impuls de projectes que ajudin a millorar la qualitat assistencial, i garantint la pràctica clínica basada en l'evidència.

Els indicadors de satisfacció dels usuaris demostren que la població està contenta dels serveis i dels professionals sanitaris. Tot i així, la meta és millorar contínuament, i continuarà sent-ho.

5. Conclusions

La construcció real i operativa de l'espai sociosanitari a Espanya és, ara com ara, una assignatura pendent. En un sistema de gestió descentralitzada com el nostre, la construcció de l'espai sociosanitari pot adquirir una gran variabilitat. En aquest context, han estat engegades moltes polítiques, però els resultats han estat molt desiguals, i sembla que encara es resisteixin a consolidar un espai sociosanitari robust i proper a les necessitats de l'usuari.²¹

És important que destaquem l'esforç que fan les administracions sanitàries i socials per assolir acords de col·laboració i crear estructures estables de comunicació, com ara les

comissions gestores de casos, tant institucionals com operatives, les quals permeten fer una passa endavant en la garantia de l'atenció.

Queda per recórrer un camí llarg. L'anàlisi acurada de cada un dels circuits d'atenció i l'estudi rigorós de les necessitats d'atenció de les persones ens aproparan a un espai sociosanitari en el qual no hi hagi desigualtats en un marc sostenible per a les administracions públiques.

Les alternatives de coordinació han de ser avaluades a partir del cost d'oportunitat i han de definir indicadors de qualitat que permetin mesurar els resultats en salut de la població.

Introduir la infermera gestora de casos en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària és un repte i una clara mesura eficient respecte d'altres mecanismes de coordinació.

Les estratègies conjuntes d'intervenció entre el sistema sanitari i el social garanteixen una coordinació de resultats, planificació i avaluació adequades i que el focus d'atenció se centri en el pacient i en la seva família.

Referències bibliogràfiques

1. Terraza, R.; Vargas, I.; Vázquez, M. L. (2006). «La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas». *Gaceta Sanitaria* 20, pàg. 485-495.
2. Contel, J. C. (2002). «La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida». *Atención Primaria* 29, pàg. 502-506.
3. Gervás, J.; Rico, A. (2005). «La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria». *SEMERGEN* 31, pàg. 418-423.
4. Vergeles, J. M. (2002). «Relación entre atención Primaria y Especializada: el reto permanente». *Cuadernos de Gestión para el profesional de atención Primaria* 8 (4), pàg. 159-166.
5. Jonay, J.; Freire, J. M.; Gervás, J. (2006). «La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?». *Revista de Administración Sanitaria* 4, pàg. 357-382.
6. Granados, A. E.; Estepa, M. J.; Paneque, I. (2007). «La Gestión por procesos: un Proyecto de Desarrollo Endógeno». *Tesela* 1. Disponible a: <<http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6351.php>>.
7. Elola, J. (2004). «Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?». *Revista de Administración Sanitaria* 2, pàg. 375-386.
8. Bengoa, R.; Nuño, R. (2009). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson.
9. Resolució, de 26 de juliol de 1999, de la presidència executiva de l'Institut Nacional de la Salut, per la qual es creen els llocs de personal dels equips de suport d'atenció domiciliària. BOE núm. 190/1999, de 10 d'agost.
10. Ordre del director gerent del Servei de Salut de regulació del funcionament dels equips de suport d'atenció domiciliària. BOIB num. 153, 21-XII-2002.
11. Pérez, R. M.; López, S. R.; Lacida, M.; Rodríguez, S. (2005). «La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud». *Enfermedad Común* 1 (1). Disponible a: <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php>.

12. Manual de la gestión de casos en Andalucía: EGC en Atención Primaria. Revisión febrero 2007. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gestión%20Casos%20en%20Andalucía%20Atención%20Primaria.pdf>

13. Batres, J. P. [et al.] (2009). «De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace». *Revista de Administración Sanitaria* 7 (2), pàg. 313-322.

14. Lacida, M.; López, S. R.; Bravo, M. C.; Pérez, R. M.; García, R. A. (2007). «Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital». *Biblioteca Lascasas* 3. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.php>>.

15. Fernández, R.; Ramos, M. R. R.; Gallardo, J. S.; Navarro, M. D.; López, I. A.; Ibáñez, E. [i col·l.] (2008). «Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras». *Biblioteca Lascasas* 4. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0328.php>>.

16. «Resumen del póster del IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. "Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Intervenciones derivadas de la gestión de casos al alta hospitalaria de pacientes vulnerables: Enfermeras Hospitalarias de Enlace versus Enfermeras Comunitarias de Enlace"». *Evidentia* 2006, gener-febrer, 3. Disponible a: <<http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php>> [ISSN: 1697-638X].

17. Arispón, C.; Navajas, N.; Benítez, J. J. (2009). «La planificación del alta por las enfermeras gestoras de casos a pacientes frágiles, con incidencias traumatológicas, evita el reingreso». *Info-tr@um* 13, pàg. 12-15. Disponible a: <<http://www.aeeto.com>>.

18. Medina, A.; Cañas, M. A. (2008). «Efectividad de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero "Síndrome de estrés del traslado"». *Biblioteca Las Casas* 2008, 4⁽²⁾. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0318.php>>.

19. Martínez, J. R. (2008). «Intervención de Enfermería ante las enfermedades crónicas. Situación en España». *Desarrollo Científico de Enfermería* 16, pàg. 402-409. Disponible a: <<http://www.index-f.com/dce/16/16-402.php>>.

20. Silvan, C. (2007). «Gestión del caso de un paciente neurológico en Atención Especializada». *Evidentia* 4. Disponible a: <<http://www.index-f.com/evidentia/n13/287articulo.php>> [ISSN: 1697-638X].
21. Rona, H.; Bradshaw, N.; Porteus, M. (1998). «Integrated care pathways». *British Medical Journal* 316, pàg. 13-137.
22. Nuño, R. (2007). «Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente». *Revista de Administración Sanitaria* 5, pàg. 283-292.
23. Nick, C. H.; York, S.; Shaw, R. (2003). «Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data». *British Medical Journal* 327, pàg. 1257-1260.
24. Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE núm. 128, de 29 de maig.
25. Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting, S.A. Disponible a: <<http://www.antares-consulting.com>>.
26. Adrover, R. M.; Fuster, J.; Pomar, J.; Gómez, P.; Castaño, E. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.
27. 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.
28. Imsero (2010). *Datos estadísticos del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Datos sobre cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Disponible a: <<http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/cecuidadores.pdf>>.
29. García, M. M.; Mateo-Rodríguez, I.; Eguiguren, A. P. (2004). «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria* 18, pàg. 134-139.
30. Resolució de 4 de novembre de 2009, de la Secretaria General de Política Social i Consum, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre criteris comuns d'acreditació en matèria de formació i informació d'assistents no professionals. BOE núm. 286, de 27 de novembre.

31. Reial decret 615/2007, d'11 de maig, en què és concreta la Seguretat Social dels cuidadors de persones en situació de dependència. BOE núm. 204, de 25 d'agost.
32. Gomila, M.; Moreno, M. Ll. (2005). *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
33. Saiz, G.; Bordallo, J. R. García, J. N. (2008). «El cuidador como paciente». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 15 (7), pàg. 418-426.
34. Pla estratègic IB-SALUT 2008-2011 (2009). *El Servei de Salut per al segle XXI*. Servei de Salut. Palma: Conselleria de Salut i Consum.

Autors

PATRICIA GÓMEZ PICARD

Tolosa, França (1965). Diplomada en Infermeria per la UIB (1986). Ha desenvolupat la major part de l'activitat professional a l'Hospital Universitari Son Dureta. En l'àmbit assistencial, ha gestionat diverses unitats clíniques, fou adjunta de recursos humans, qualitat i formació de GESMA, des de l'any 2001 fins al 2007, treballà a l'Àrea de Formació i Investigació d'Infermeria. Des de l'octubre de 2007 és la directora de Cures i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears. Directora de la revista: "Tesela: liderazgo y gestión".

ROSA MARIA ADROVER BARCELÓ

Felanitx (Mallorca), 1967. Diplomada en Infermeria per la Universitat de les Illes Balears (1989). És Especialista Universitària en Infermeria Geriàtrica (1995). Ha desenvolupat la seva tasca professional com a infermera d'atenció primària i comunitària des de l'any 1989 fins al 2007. Ha estat professora associada d'Infermeria Geriàtrica a la Universitat de les Illes Balears (1997-2007). Des de l'any 2008, és adjunta a la Direcció de Cures i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears.

ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO

Madrid, 1969. Diplomada en Infermeria per la Universitat Autònoma de Madrid. Ha desenvolupat l'activitat professional en l'atenció hospitalària a Madrid i a l'Hospital Son Dureta fins a 1996, any que va emprendre la trajectòria professional com a infermera d'atenció primària. Des de l'any 2001 fins a 2007, va ser la coordinadora d'Infermeria del Centre de Salut de Marratxí (Mallorca), i des de l'any 2007 és la directora d'Infermeria d'Atenció Primària de Mallorca.

**ANÀLISI DE NECESSITATS I PROPOSTA
D'UN MODEL D'ATENCIÓ I DE CURA
SOCIOSANITÀRIA A EIVISSA**

Anàlisi de necessitats i proposta d'un model d'atenció i de cura socio sanitària a Eivissa

Margarita Ferrer Cardona

Resum

L'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299, de 15 desembre), juntament amb la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, ha determinat la importància del fet que els estaments que aborden les polítiques sanitàries i socials de cada comunitat comptin amb un coneixement de la realitat dels col·lectius amb necessitats d'atenció pel seu grau de fragilitat i de vulnerabilitat, dels recursos i dels serveis existents i dels necessaris per donar-los una atenció adequada a les seues necessitats.

A Eivissa, des del Departament de Política Social i Sanitària del Consell d'Eivissa, es va considerar la importància i la necessitat de portar a terme un estudi de la situació i les necessitats actuals de la població de l'illa d'Eivissa amb problemàtica sociosanitària, atès que per a Eivissa únicament hi havia un esborrany d'un pla sociosanitari realitzat per la Conselleria de Sanitat i Benestar Social del Consell d'Eivissa i Formentera (actualment Consell d'Eivissa) l'any 2000, el qual no es va arribar a aprovar ni a difondre. L'altre document existent era un Pla sociosanitari de les Illes Balears, elaborat pel Govern de les Illes Balears, que abordava la situació i les necessitats de les quatre illes Balears.

L'estudi va prendre com a punt de partida, juntament amb el coneixement d'estudis semblants i la bibliografia existent, la coordinació amb els ens públics de les altres illes de la comunitat balear, tant d'àmbit social com sanitari. El Servei de Salut del Govern de les Illes Balears estava també elaborant el seu propi pla i a Menorca també estaven treballant en el seu des de l'àmbit social.

Per a Eivissa, així doncs, es va considerar la necessitat de desenvolupar un pla sociosanitari que portàs a terme una acció integrada i compactada entre els serveis socials i els serveis de salut en un pla d'atenció sociosanitària i de prevenció i atenció a la dependència per a Eivissa que estudiàs i organitzàs ambdós models i que definís els recursos, les necessitats, els col·lectius d'atenció i els seus graus de dependència, els circuits i la coordinació dels diferents serveis i recursos.

L'estudi es va consolidar en el Pla d'atenció sociosanitària i de prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa 2009-2014.

Resumen

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299, de 15 de diciembre), juntamente con la Ley 4/2009, del 11 de junio, de servicios sociales de las Islas Baleares, ha determinado la importancia del hecho de que los estamentos que abordan

las políticas sanitarias y sociales de cada comunidad cuenten con un conocimiento de la realidad de los colectivos con necesidades de atención por su grado de fragilidad y de vulnerabilidad, de los recursos y de los servicios existentes y de los necesarios para darles una atención adecuada a sus necesidades. En Ibiza, desde el Departamento de Política Social y Sanitaria del Consejo de Ibiza, se consideró la importancia y la necesidad de llevar a término un estudio de la situación y las necesidades actuales de la población de la isla de Ibiza con problemática sociosanitaria, teniendo en cuenta que para Ibiza únicamente había un borrador de un plan sociosanitario realizado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social del Consejo de Ibiza y Formentera (actualmente Consejo de Ibiza) el año 2000, el cual no se llegó ni a aprobar ni a difundir. El otro documento existente era un Plan sociosanitario de las Islas Baleares, elaborado por el Gobierno de las Islas Baleares, que abordaba la situación y las necesidades de las cuatro Islas Baleares. El estudio tomó como punto de partida, juntamente con el conocimiento de estudios parecidos y la bibliografía existente, la coordinación con los entes públicos de las otras islas de la comunidad balear, tanto de ámbito social como sanitario. El Servicio de Salud del Gobierno de las Islas Baleares estaba también elaborando su propio plan y en Menorca también estaban trabajando en el suyo desde el ámbito social.

Para Ibiza, entonces, se consideró la necesidad de desarrollar un plan sociosanitario que llevara a término una acción integrada y compactada entre los servicios sociales y los servicios de salud en un plan de atención sociosanitaria y de prevención y atención a la dependencia para que Ibiza estudiara y organizara sus dos modelos y que definiera los recursos, las necesidades, los colectivos de atención y sus grados de dependencia, los circuitos y la coordinación de los diferentes servicios y recursos.

El estudio se consolidó en el Plan de atención sociosanitaria y de prevención y atención a la dependencia de Ibiza 2009-2014.

1. Introducció

l'Illa d'Eivissa compta amb un territori que té una extensió de 567,51 km², que està dividit en cinc municipis (Eivissa, Santa Eulària des Riu, Sant Antoni de Portmany, Sant Josep de sa Talaia i Sant Joan de Labritja), els quals, excepte el municipi d'Eivissa, presenten nuclis urbans petits i molt habitatge disseminat en tot el municipi. Té una població de 120.878 persones, de les quals 13.416 són més grans de 65 anys, segons les targetes sanitàries de l'any 2009. El percentatge de persones grans és de l'11%, tres punts per sota de Mallorca i Menorca.

Des del punt de vista dels recursos sanitaris té l'Hospital de Can Misses, la funció assistencial del qual correspon a la d'un hospital comarcal, i cinc centres de salut amb un total d'onze unitats bàsiques de salut.

Pel que fa als recursos socials, tots els municipis disposen d'unitats bàsiques de treball social. El Departament de Política Social i Sanitària del Consell d'Eivissa, com també el Govern de les Illes Balears, té recursos i serveis propis per a l'atenció a la població de l'illa d'Eivissa.

Aquests recursos seran els que atendran les persones i els diferents col·lectius amb necessitats socials i sanitàries de l'illa d'Eivissa.

L'atenció i la cura de la ciutadania esdevé relativament concreta quan la demanda és específica de sanitat o específica de serveis socials, però existeix un alt percentatge de població que presenta unes necessitats d'atenció que comporten una demanda d'àmbit social i sanitària a la vegada, i en alguns casos fins i tot psicològica, i no sols per a un usuari/pacient sinó també per a familiars o/i curadors. És el cas de persones grans amb malalties pròpies de l'edat, de persones amb malalties cròniques, de persones amb discapacitat...

De la població de persones grans (13.416), un alt percentatge conservarà un bon estat de salut fins a edat avançada, que els permetrà portar una vida plena i autònoma; però un altre percentatge significatiu anirà desenvolupant malalties prèvies que van evolucionant a la cronicitat i unes altres de pròpies de l'edat que determinaran dependència per a les activitats de la vida diària.

Els diferents sistemes nacionals de sanitat i d'afers socials des de fa anys són coneixedors de l'existència de grups de població que comparteixen d'igual manera la demanda d'atenció de serveis sanitaris i serveis socials.

El Sistema Nacional de Salut i la Secretaria General d'Afers Socials, a través de l'Institut Nacional de Serveis Socials (IMSERSO), han reconegut les necessitats i la demanda d'atenció dels col·lectius amb problemàtica d'atenció social i sanitària, i els ha reconegut com a beneficiaris de la prestació sociosanitària.

Entre d'altres, trobam que la subsecretària de Sanitat i Consum l'any 1998, en col·laboració amb la Secretaria General d'Afers Socials, ja va redactar un informe en què s'estudiaven quines eren les persones usuàries sociosanitàries i les prestacions sociosanitàries, els sistemes d'informació, la classificació de les persones usuàries, la coordinació sociosanitària i el finançament de l'atenció sociosanitària.

D'altra banda, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i de qualitat del Sistema Nacional de Salut, a l'article 14.1 en relació amb la prestació sociosanitària, diu: «L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades a aquells malalts, generalment crònics, que a causa de les seves característiques especials es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis socials i sanitaris per tal d'augmentar-ne l'autonomia, pal·liar-ne les limitacions o els patiments i facilitar-ne la reinserció social.»

L'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, fa que des de l'àmbit social es desplegui una àmplia xarxa de recursos i de serveis per a l'atenció als col·lectius que presenten situacions que per raó de malaltia o d'edat avançada presenten dependència per portar a terme les activitats de la vida diària.

El desplegament de serveis i de recursos de caràcter social i el desplegament, inicialment tímid, de serveis d'àmbit sanitari fan que es desenvolupin dues línies d'atenció paral·leles, però amb objectius similars, que inicialment no comparteixen punts de coordinació en l'assistència.

Les característiques de l'illa d'Eivissa permeten una anàlisi de necessitats i proposta d'una atenció i cura social i sanitària coordinada. L'atenció sociosanitària, l'entendem com un model assistencial d'atenció integral, que completa l'atenció sanitària i social, dirigida a persones que pateixen malalties cròniques, discapacitats o fragilitat (condició clínica i social) que necessiten una atenció multidisciplinària.

Anàlisi de dades de la població

L'estudi va realitzar-se l'any 2009. Les dades utilitzades foren en alguns casos les aportades pels diferents serveis en què es feia referència a les de 2008, i d'altres foren les de l'any de l'estudi el 2009.

L'estudi es basa en la població diana de 2009, la qual, segons les targetes sanitàries, reflecteix les dades següents:

	Població total	Població més grans de 65 anys	Percentatge
Illes Balears	1.015.123	143.001	14,0%
Mallorca	800.123	116.381	14,5%
Menorca	86.853	12.353	14,2%
Eivissa	120.878	13.416	11,0%
Formentera	7.259	851	11,7%

L'estudi comparatiu de dades de 2008 i de 2009 ens aporta informació significativa sobre un descens de població de l'últim any, que inicialment pot ser determinat per la revisió de les TSI en el Sistema Nacional de Salut.

Les dades comparatives ens aporten que a l'illa d'Eivissa l'any 2008 teníem una població més gran de 65 anys de 13.714 persones sobre una població total de 127.972, i l'any 2009 la població de més grans de 65 anys era de 13.416 sobre una població de 120.878. El percentatge de persones grans és similar, encara que és destacable que la població d'Eivissa presenta un percentatge d'envelliment tres punts per sota de la resta de la mitjana balear.

	2008	Percentatge	2009	Percentatge
Població total de les Illes Balears	1.062.240		1.015.123	
Població més gran de 65 anys Illes Balears	144.931	13,64%	143.001	14%
Població total Eivissa	127.972		120.878	
Població més gran de 65 anys a Eivissa	13.714	10,71%	13.416	11%

Des d'un punt de vista intern de l'illa d'Eivissa, la informació del padró a data 1 de gener de 2008 dels diferents municipis, i de la direcció del Centre Base d'Atenció a les Persones amb Discapacitat, ens aporta les dades següents:

Municipi	Població total	Persones > 65 anys	%	Homes > 65 anys	Dones > 65 anys	*Pers. amb reco. minus. psíquica < 65 / > 65	Pers. amb recon. minus. física < 65 / > 65
Vila	46.835	4.534	9,6%	1.922	2.612	< 941 / > 1.000	< 1.519 / > 1.262
Santa Eulària	31.314	4.197	13,4%	2.024	2.173	< 294 / > 269	< 514 / > 350
Sant Antoni	21.082	2.697	12,7%	1.320	1.377	< 343 / > 315	< 566 / > 390
Sant Josep	21.304	2.659	12,4%	1.252	1.407	< 240 / > 160	< 311 / > 199
Sant Joan	5.541	1.005	18,1%	483	522	< 32 / > 44	< 44 / > 51

S'ha d'esmentar que en les dades de reconeixement de minusvalideses psíquiques s'inclouen persones amb malaltia psiquiàtrica, i dins el grup de minusvalideses de 65 anys també s'inclou qualsevol patologia invalidant que pugui patir una persona gran.

Per a l'anàlisi de dades, després del coneixement de la població diana s'estableix l'estudi dels diferents grups d'atenció i l'estimació de la població de cada grup.

Podem diferenciar cinc grans grups de població beneficiària de serveis i de recursos socio-sanitaris:

1. Col·lectiu de persones grans
2. Col·lectiu de persones amb Alzheimer i altres demències neurodegeneratives
3. Col·lectiu de persones amb discapacitat física i/o psíquica
4. Col·lectiu de persones al final de la vida
5. Col·lectiu de persones amb malalties cròniques evolutives i malalties rares o discapacitants

El col·lectiu de persones grans és un grup molt significatiu de la població i, segons les dades, el 13,7% de la població balear té 65 anys o més. Les projeccions preveuen un envelliment progressiu de la població, per la qual cosa en un termini de cinc anys es preveu que la població de 65 anys i més superarà el 16%.

Com ja hem esmentat, la vellesa per si sola no és discapacitant, ja que existeix un grup significatiu de persones grans que envelleixen sense emmalaltir i conservant el seu nivell funcional quasi fins al final de la vida però, d'altra banda, hem de tenir present un altre grup de gent gran que patia malalties cròniques prèvies que amb l'edat es van agreujant i que, junt a un grup de persones que desenvoluparan patologies associades a l'envelliment, conformaran el col·lectiu de persones grans amb dependència.

Es pot dir que associats a l'envelliment apareixen els factors de risc de dependència. La taxa de dependència per a l'any 2010 és d'un 25%. Tot això determina la importància de planificar estratègies per prevenir, atendre i afrontar les necessitats d'aquest col·lectiu en un àmbit social i sanitari.

A Eivissa, per municipis i segons les targetes dels centres de salut (CS) i les seues unitats bàsiques de salut (UBS), tenim les dades següents:

EAP	Centre de Salut	UB	Pediatría 0-14	Més grans de 64 anys	Població restant
Can Misses	Eivissa II	UB Jesús UB Puig d'en Valls	5.833	3.160	29.581
Es Viver	Eivissa	UB Sant Jordi	4.558	3.767	23.456
Santa Eulària	Santa Eulària	UB Sant Carles Santa Gertrudis Sant Joan UB Sant Miquel	3.881	3.300	19.599
Sant Antoni	Sant Antoni	UB Sant Josep UB Sant Rafel UB Sant Agustí UB Cala de Bou	4.563	3.518	22.754

L'any 2008 va inaugurar-se al municipi d'Eivissa un nou Centre de Salut de Vila.

Estudis nacionals apunten que entre un 19,5% actual i un 25% per a anys pròxims de la població gran presenta dependència. Així doncs, considerant el percentatge més elevat, podríem establir que al voltant de 3.412 persones més grans de 65 anys de l'illa d'Eivissa poden presentar dependència.

Referent al segon grup que esmentam, el col·lectiu de persones amb Alzheimer i altres demències neurodegeneratives, es considera que les persones amb demència configuren

un grup significatiu entre les persones que necessiten una atenció específica. La pèrdua progressiva de les capacitats cognitives i l'aparició de significatius trastorns del comportament, junt amb la incapacitat de portar a terme les activitats de la vida diària, fan que aquest col·lectiu es defineixi com un grup amb necessitats específiques d'atenció de perfil assistencial dins el model sociosanitari.

La Fundació Espanyola d'Alzheimer aporta les dades següents sobre els malalts d'Alzheimer que hi ha a Espanya i apunta la quantitat entre 600.000 i 800.000 persones aproximadament. A les illes Balears fins a la data no s'ha portat a terme cap estudi epidemiològic per determinar la població que pateix una demència.

A les Pitiüses l'any 2004, conjuntament amb un altre professional sanitari de l'Hospital Residència Assistida de Cas Serres a Eivissa, davant la impossibilitat de portar a terme un estudi epidemiològic de la població amb demència a Eivissa i Formentera, varen fer una anàlisi d'aproximació partint d'estudis epidemiològics existents i portant a terme l'extrapolació a la població de les Pitiüses. Els resultats varen ser que l'any 2004 podia haver-hi una població amb Alzheimer i altres demències neurodegeneratives de 1.836 persones i per a 2007, d'unes 2.000 persones aproximadament. Algunes d'aquestes persones estarien en una franja d'edat inferior als 65 anys i d'altres estarien incloses en el grup de persones grans.

El col·lectiu de persones amb discapacitat física i/o psíquica estarà configurat per persones que presenten restricció o absència (causada per deficiència) de la capacitat de realitzar una activitat.

El Reial decret 1971/1999, de 23 de desembre, regula el procediment per al reconeixement, la declaració i la qualificació de grau de minusvalidesa i estableix els barems aplicables i la determinació de l'òrgan competent. A les illes Balears la valoració i el reconeixement del grau de minusvalidesa els porten a terme els equips de valoració i orientació (EVO) adscrits al Centre Base d'Atenció a Persones amb Discapacitat i Dependència de la Direcció General d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears.

La classificació de les discapacitats es realitza en tres grups segons l'afectació de la funció:

- Persones amb discapacitats físiques, que presenten diagnòstics de patologies neuromusculars, osteoarticulars, sensorials, orgàniques, lesions medul·lars i cerebrals amb afectació predominantment física...
- Persones amb discapacitats psíquiques, que presenten diagnòstics de limitació intel·lectual, retards maduratius... En aquest grup també s'inclourien les persones amb demències, trastorns afectius i mentals.

- Sense especificar, en què s'inclourien discapacitats no classificables.

Les dades aportades pel Centre Base ens indiquen el registre de persones amb reconeixement:

• Discapacitats físiques

Municipis	Homes				Dones			
	0-32	33-64	65-74	75-100	0-32	33-64	65-74	75-100
EIVISSA	326	515	357	299	268	410	331	275
SANT JOAN DE LABRITJA	5	20	17	8	5	14	12	14
SANTA EULÀRIA DES RIU	89	144	95	79	88	193	93	79
SANT ANTONI DE PORTMANY	115	183	100	78	97	171	127	85
SANT JOSEP DE SA TALAIA	45	112	45	46	51	103	68	40
Total	580	944	614	510	509	891	631	493

Segons la graella podem establir la població amb reconeixement de discapacitat física més jove de 65 anys i la població amb reconeixement més gran de 65, alguns dels quals hauríem considerat dins la previsió de la població de persones grans que es preveu que presentarà dependència.

Així doncs, podem dir que a l'illa d'Eivissa hi ha *5.172 persones més joves de 65 anys amb discapacitats físiques i 2.248 més grans de 65 anys.*

• Discapacitats psíquiques

Municipis	Homes				Dones			
	0-32	33-64	65-74	75-100	0-32	33-64	65-74	75-100
EIVISSA	173	328	245	247	141	299	264	244
SANT JOAN DE LABRITJA	3	11	13	7	5	13	10	14
SANTA EULÀRIA DES RIU	42	83	67	58	41	128	76	68
SANT ANTONI DE PORTMANY	65	107	73	62	58	113	106	74
SANT JOSEP DE SA TALAIA	45	73	32	38	51	71	56	34
Total	328	602	430	412	296	624	512	434

Les dades enregistrades ens mostren que a l'illa d'Eivissa hi ha una població amb reconeixement de minusvalidesa de tipus psíquic (inclou persones amb trastorn mental) d'una població *més jove de 65 anys de 3.638 persones i d'una població més gran 65 de 1.788 persones.*

Només la suma de persones amb reconeixement de minusvalidesa per discapacitat física i psíquica més grans de seixanta-cinc anys ja ens aporta una població de *4.036 superior a la previsió de la població de persones grans que es preveu que presentarà dependència, segons s'esmenta en l'anàlisi del col·lectiu de persones grans.*

Al quart grup hi trobam el col·lectiu de persones al final de la vida, que estaran ateses per cures pal·liatives. Les persones que pateixen una malaltia crònica, a les últimes etapes de la malaltia necessitaran una atenció que els doni confort mitjançant el tractament farmacològic i l'atenció assistencial i psicològica que faciliti una mort digna. Aquest col·lectiu estarà format majoritàriament per persones amb malalties oncològiques, demències en fase molt severa, malalties neurodegeneratives, etc. L'atenció i la cura en alguns casos es donarà en institucions sociosanitàries (a Eivissa és l'Hospital Residència Assistida de Cas Serres dependent del Consell d'Eivissa), en residències, al mateix hospital de Can Misses i en molts casos en els domicilis. Les dades de les persones ateses per la unitat d'atenció domiciliària de cures pal·liatives de l'Hospital de Can Misses, fins a l'actualitat amb atenció i cura de pacients oncològics, aporta les dades d'atenció següents: l'any 2003, 110; l'any 2004, 130; l'any 2005, 118; l'any 2006, 114; l'any 2007, 125, i l'any 2008, 129.

Finalment s'ha d'esmentar el col·lectiu de persones amb malalties cròniques evolutives i malalties rares o discapacitants. Dins aquest col·lectiu hi inclouríem tots els pacients amb malalties no tipificades en els apartats anteriors, però que la malaltia crònica que pateixen pot determinar necessitat de suport sociosanitari permanent o temporal.

Algunes de les malalties cròniques que pateixen les persones d'aquest col·lectiu són el VIH positiu, la fibromiàlgia i la fatiga crònica, la malaltia de Crohn i la colitis ulcerosa i d'altres que presenten sistematologies que determinen diferents graus i nivells de patiment físic i psíquic. Es considera que les malalties rares afecten entre el 6 i el 8% de la població.

A l'activitat assistencial de l'Hospital d'Aguts de Can Misses d'Eivissa, enregistrada l'any 2007, les malalties respiratòries ocupen el primer lloc de l'activitat assistencial dels serveis d'hospitalització. Les més freqüents serien les persones amb MPOC.

Una altra de les malalties cròniques més significatives i amb més rellevància des de fa una dècada és la malaltia de la sida. Les dades de l'INE de Salut Provincial ens indiquen que a les illes Balears l'any 2007 hi havia 2.294 persones amb el diagnòstic de sida. Els dispositius socials i sanitaris han portat una important tasca amb l'atenció d'aquest grup, que es reflecteix amb un descens del nombre d'afectats els últims anys.

Anàlisi dels recursos d'una xarxa sociosanitària

L'atenció sociosanitària es fonamentarà en dos pilars: d'una banda, la xarxa de recursos sociosanitaris de la comunitat i, d'una altra, l'atenció farmacològica. En aquesta proposta sols es realitzarà l'abordatge de l'atenció sociosanitària des d'una perspectiva assistencial de cura i d'accions preventives portades a terme des dels diferents serveis i programes que configuren la xarxa de recursos.

L'aplicació de la Llei de dependència determina la necessitat d'establir un catàleg de recursos per donar resposta a totes les persones dependents sol·licitants de resposta assistencial. És per tant més important que mai desplegar una adequada xarxa de recursos assistencials socio-sanitaris i de prevenció i atenció a la dependència. Un ventall de recursos que doni cobertura a les necessitats, la correcta indicació del recurs adient i la seua coordinació assistencial seran els determinants per donar una resposta d'atenció adequada i de qualitat.

El coneixement de la demanda dels possibles usuaris beneficiaris i dels seus familiars ens ha portat a la revisió dels plantejaments existents les últimes dècades, i actualment es considera que un grau de dependència severa no comporta necessàriament la derivació al recurs d'hospitalització o de residència. Aquesta consideració es podrà mantenir sempre que dins la xarxa de recursos al domicili es prevegi la intensitat de la prestació conceptualment equivalent als respectius graus i nivells de dependència establerts per la Llei 39/2006.

Serà cada vegada més necessari desplegar els recursos que calgui d'atenció a domicili i d'atenció ambulatoria diürna, ja que seran els que permetran que també la persona en situació de dependència severa d'una durada limitada pugui continuar sent atesa en els domicilis, com a alternativa a l'internament.

Per a una atenció i cura de qualitat assistencial i una optimització de recursos, la proposta del model d'atenció estableix la coordinació dels recursos d'àmbit social i els d'àmbit sanitari. El suport familiar i els recursos de suport domiciliari socio-sanitaris, tant sanitaris (equips multidisciplinaris de suport domiciliari amb metges i cures d'infermeria entre d'altres) com socials (treballadores familiars i altres suports domiciliaris), seran els dos factors decisius per a la permanència de les persones usuàries en el domicili al llarg del procés de dependència de durada curta o mitjana. Com assenyalen diferents estudis, en dependències de llarga durada determinada per malaltia neurodegenerativa (demències) i per malalties cerebrovasculars amb una mitjana de 8-9 i 7-8 anys respectivament, la vida en el domicili és mantindrà en 5,78 i 4,85 anys i posteriorment per esgotament familiar se sol·licitarà l'atenció en centres d'internament residencial, que es prolongarà al voltant de 2,2 i 2,4 anys.

Les famílies de les persones dependents severes de durada curta o mitjana han de comptar amb la certesa d'uns suports per a la cura i el confort del familiar dependent a domicili (igual que el que ja es fa amb els pacients oncològics) i conèixer totes les respostes assistencials, incloent-hi possibles respostes assistencials a aguditzacions de l'estat de salut, i que rebran atenció socio-sanitària d'hospitalització, si fos necessari, i tornaran al seu domicili en donar-se d'alta.

Així doncs, és important que es desplegui una xarxa de recursos que suposi una oferta àmplia, flexible i adaptable a les necessitats de cadascú i als diferents entorns en què es troben les persones.

El desplegament de la xarxa de recursos configurada per diferents serveis establirà, d'una banda, la cartera de serveis que aporta la Llei de la dependència i, d'una altra, els serveis socio-sanitaris que es despleguen des del Servei de Salut del Govern de les Illes Balears, i es fixaran dins la cartera de serveis les prestacions garantides que seran exigibles com a dret subjectiu, com també les prestacions no garantides que estaran subjectes a la disponibilitat pressupostària dels consells i els municipis.

Podem establir la xarxa de recursos de forma esquemàtica, estructurant-los en tres nivells, esmentant primer els de caire social:

1. El primer nivell dels recursos socio-sanitaris d'àmbit social a domicili serien els serveis que mantenen el beneficiari dins el context familiar i social habitual.
2. El segon nivell és el que dóna un suport d'atenció diürna ambulatoria de manera que la persona continua en el seu context social i familiar.
3. El tercer nivell és el que dóna serveis que comporten que la persona, per un canvi de domicili, internament o una hospitalització, trenqui amb la dinàmica sociofamiliar habitual i quotidiana.

És important recordar que un grau de dependència severa (grau III nivell 2) no comporta necessàriament un recurs de nivell 3 d'internament residencial si la persona usuària beneficiària compta amb els recursos necessaris de cura i de suport del nivell domiciliari i/o d'atenció diürna ambulatoria. L'augment del grau de dependència també comportarà l'augment de la freqüència i la intensitat de la prestació dels serveis socio-sanitaris de vessant social i sanitari.

Taula 1 | *Recursos socio-sanitaris d'àmbit social per a persones fràgils, persones amb malaltia crònica o discapacitat que pot comportar o ja comporta dependència*

Serveis d'atenció i suport domiciliari	Serveis d'atenció diürna ambulatoria	Serveis alternatius d'habitatge, d'internament o d'hospitalització
Teleassistència	Centres i llars de convivència i promoció de l'autonomia	Habitatges socials
Servei d'ajuda a domicili	Centres de dia	Apartaments residencials geriàtrics
Servei de respir a domicili	Centres de nit	Pisos tutelats
Servei de menjador i menjar a domicili	Centres ocupacionals	Centres d'atenció integral per a persones en risc d'exclusió social
Serveis de bugaderia i d'higiene personal externs i al domicili	Per a infants, adolescents i adults amb discapacitat: Servei de valoració i atenció precoç (SVAP) Programes de transició a la vida adulta Tractaments de fisioteràpia per a adults	Llar residències
Servei d'atenció integral al domicili		Residències per a persones dependents
Ajudes econòmiques		Residències per a persones amb discapacitat intel·lectual
Servei de préstec d'ajudes tècniques		Residències per a persones amb discapacitat física
Serveis de reinserció sociolaboral Altres serveis i ajudes C. base i prestacions econòmiques		Servei de respir en residència

Els recursos socio-sanitaris d'àmbit sanitari, igual que els serveis de vessant social, els establim en tres nivells: serveis al domicili, serveis d'atenció diürna ambulatoria i serveis d'internament o d'hospitalització.

Taula 2 | Recursos socio-sanitaris d'àmbit sanitari per a persones fràgils, persones amb malaltia crònica o discapacitat que pot comportar o ja comporta dependència

Servei d'atenció al domicili	Servei d'atenció diürna ambulatoria	Serveis d'hospitalització
ESAD (Equip de suport a l'atenció domiciliària)	Unitat de valoració i d'atenció primària socio-sanitària/UVAPSS	Unitats de cures especials Complexitat clínica
Programes de centre de salut: Programa d'atenció domiciliària Programa d'atenció a l'ancià Rehabilitació al domicili	Hospital de dia	Unitats d'estada mitjana: Subaguts Convalescència/rehabilitació Cures pal·liatives

Qualsevol servei d'internament o d'hospitalització serà incompatible amb els serveis dels altres nivells. L'hospitalització de llarga durada també serà incompatible amb la recepció de qualsevol altre servei.

Serà molt important que els professionals dels estaments socials i els de l'àmbit sanitari tinguin un coneixement de tots els serveis d'ambdós àmbits per poder portar a terme la coordinació dels recursos socials i els recursos dels serveis de salut. El coneixement dels recursos i la coordinació comportaran l'atenció integral de qualitat de les persones usuàries i dels seus familiars, com també la utilització adequada i la derivació de recursos.

Podem dir, per tant, que la proposta d'atenció i de cura socio-sanitària per a Eivissa establirà i serà entesa com una xarxa de recursos socio-sanitaris configurada pels diferents serveis socials i sanitaris amb prestació de cura i d'atenció a les persones fràgils i vulnerables i/o amb malaltia crònica que pot determinar dependència.

Anàlisi dels serveis, de la cobertura de places i de necessitats a Eivissa

Per a l'anàlisi de la cobertura actual, de les necessitats i de la planificació de serveis i recursos, s'ha portat a terme la recollida de dades dels diferents serveis i de la població atesa. Per a la planificació s'han considerat les variables següents: l'àmbit de cobertura del servei, que en la majoria dels casos és d'àmbit insular; les necessitats: habitualment definides per la demanda existent i les llistes d'espera; la població diana; l'oferta existent; els indicadors de cobertura públics d'àmbit nacional; la diferència entre l'oferta i els objectius de cobertura, i l'índex de rotació anual.

Els resultats queden reflectits en les graelles següents, en què s'especifica la titularitat i la cobertura durant l'any 2008-2009, amb l'índex de cobertura que se'n deriva, les places

que s'haurien de cobrir els anys 2009-2010 i la previsió per al 2014, segons els indicadors de cobertura públics nacionals:

2. Serveis socio-sanitaris de prevenció i d'atenció i cura domiciliària de l'àmbit social i de l'àmbit sanitari

2.1. Titularitat pública

Serveis d'àmbit social de prevenció, de suport i d'atenció domiciliària de titularitat pública				
Recurs	Titularitats públiques	Cobertura 2008	Places 2009-2010	Places per a 2014
SAD i servei d'atenció integral	Municipal	278 (2,7% I. Cob.)	469,5 (3,5% I. Cob.)	536,6 (3,5% I. Cob.)
Teleassistència	Municipal	593 (terminals) (4,4% I. Cob.)	593 (4,4% I. Cob.)	674 (4,4% I. Cob.)
Servei de menjar a la llar	Municipal	15 (0,11% I. Cob.)	67 (0,50% I. Cob.)	76 (0,50% I. Cob.)
Servei de menjador persones grans	Municipal	0	134 (0,1% I. Cob.)	153 (0,1% I. Cob.)
Serveis de bugaderia i d'higiene externs a la llar persones grans	Municipal	0	67 (0,50% I. Cob.)	76 (0,50% I. Cob.)
Servei de préstec d'ajudes tècniques	Municipal	Vila: 30 préstecs	1 servei a cada municipi	

Serveis de vessant sanitari de prevenció i de suport a l'atenció domiciliària				
Servei	Titularitats públiques	Cobertura 2008	Places per a 2009-2010	Places per a 2014
ESAD* (atenció segons l'estratègia de cures pal·liatives de les illes Balears)	Servei de Salut Govern balear	1 equip	1 equip	1,4
Serveis atenció al domicili Centres de Salut	Servei de Salut Govern balear	Programes Centre de Salut: Programa d'atenció domiciliària: 531 Programa atenció a l'ancià: 3.094 Fisioteràpia al domicili: – Iniciat estudi de la població de persones grans fràgils: 47,40% de la població de persones grans de risc	CONTINUACIÓ DELS PROGRAMES	

2.2. Recursos existents de titularitat privada l'any 2008

Serveis de caire social de prevenció, de suport i d'atenció domiciliària de titularitat privada			
Servei	Titularitat privada	Beneficiaris 2008/ Població > 65 de 13.714	Total beneficiaris 2008 recurs públic i privat
Teleassistència	Creu Roja	(Públic 676) Privat 70	746

3. Serveis socio-sanitaris de suport, d'atenció i de cura diürna ambulatoria de l'àmbit social i de l'àmbit sanitari

3.1. Titularitat pública

Serveis d'àmbit social de suport a l'atenció diürna ambulatoria de titularitat pública				
Servei	Titularitats públiques	Places existents 2009	Places 2010	Places 2014
Centres de convivència i promoció de l'autonomia	Municipal	1 Vila	1/municipi i a parròquies 20 (per 5000 / > 65)	23 (x 5000 > 65)
Centres de dia persones grans dependents	Municipal/Consell d'Eivissa/SADD	20 (+ 50 desenv.)	70	91,9
Centre de dia terapèutic específic Alzheimer (psicogeriatric)	Consell d'Eivissa	20	25	30
Centre de dia específic discapacitat psíquica	Consell d'Eivissa	35	35	40
Centre de dia específic discapacitat física	Consell d'Eivissa	-	30	40
Centre ocupacional discapacitat psíquica	Consell d'Eivissa	20	23	25
Centre ocupacional discapacitat física	Consell d'Eivissa	45 en desenv.	45	45*
Programes de transició a la vida adulta	Educació/Consell d'Eivissa	0	10-12	12
Servei d'atenció precoç	Govern balear, Direcció General d'Atenció a la Dependència	0	Segons demanda	
Tractaments de fisioteràpia adults	Govern balear, Direcció General d'Atenció a la Dependència	0	Segons demanda	

Serveis d'àmbit sanitari de suport a l'atenció diürna ambulatoria

Servei	Titularitats públiques	Places existents 2009	Places 2010	Places 2014
UVAPSS* *Proposta pilot específica del Pla sociosanitari per a Eivissa	Servei de Salut Govern balear	0	-	1 equip per centre de salut
Hospital de dia geriàtric	Servei de Salut Govern balear	0	20	23

3.2. Recursos existents de titularitat privada l'any 2008

Serveis de caire social de suport a l'atenció diürna ambulatoria de titularitat privada

Tipus de recurs	Titularitat privada	Places 2008/ Població > 65 13.714	Total places 2008 (2009*) *públiques i privades
Centre de dia de persones dependents (grans i discapacitat física)	Fundació Ignacio Wallis Grup Policlínica	(Can Blai 20 Sant Joan 20) Reina Sofia 25 Complex residencial 20	85

4. Serveis sociosanitaris d'allotjament alternatiu, internament i hospitalització

4.1. Titularitat pública

Serveis d'àmbit social d'allotjament i internament de titularitat pública

Servei	Titularitats pública i conveniades	Places existents el 2009 i en desenvolupament	Places 2010	Places 2014
Habitatges socials adaptats Persones grans i discap. física	Municipal	7 -	10,26 -	26,58 -
Habitatges tutelats persones grans	Consell d'Eivissa	0	33	38,3
Habitatges tutelats discap.	Consell d'Eivissa	0	6	9
Residències vàlids i dependents	Consell d'Eivissa/SADD	387* *(inclou totes les places HRA** actualment cinc de conveni salut i altres sociosanitàries)	469	536,6

Centre integral per a persones en risc d'exclusió social	Fundació o consorci	0	40	40
--	---------------------	---	----	----

Recurs d'atenció socio sanitària d'hospitalització de titularitat pública

Recurs socio sanitària	Places actuals Servei de Salut Govern balear	Places socio sanitàries del Consell	Places en desenvolupament	Places / indicadors	% cobertura
Convalescència / rehabilitació	5 (Servei de Salut)	20	-	24	51,1 x cobertura HRA de conveni Serv. Salut
Unitats polivalents	0	0	-	31	0%
Cures paliatives	0	HRA** segons demanda	-	10 a 12	100% x cobertura HRA
Complexitat clínica (cures especials) Residències assistides	0	94 (Can Blai) 30 (Reina Sofia) 162 HRA 94 (Sant Antoni)	469	60,8% (81,8% a la finalització Sant Antoni)	
Complexitat clínica (cures especials) de vessant sanitari	0	HRA** segons demanda i disponibilitat de llit		9,38 a 16	51,1% cobertura HRA de conveni Serv. Salut

4.2. Recursos existents de titularitat privada l'any 2008
Serveis d'àmbit social d'allotjament i internament de titularitat privada

Tipus de recurs	Titularitat privada	Places 2008 / Població > 65 13.714	Total places 2008 * públiques i privades i desenvolupament
Residències mixtes i unitats de psicogeriatría	Fundació Ignacio Wallis Grup Policlínica	Can Blai 94 HRA Cas Serres 162 Sant Antoni 99 Reina Sofia 149 Compl. residencial gent gran 90	594
Apartaments residencials geriàtrics	Grup Policlínica	Compl. residencial gent gran 24	24

Proposta d'un model d'atenció i cura socio sanitària a Eivissa

En abordar la xarxa de recursos, no hem oblidat que cada vegada més hem d'intentar atendre les expectatives que té la gent gran envers el tipus d'atenció en situació de fragilitat o malaltia i donar-hi resposta; així doncs, és important tenir en compte les dades

que ens aporten estudis publicats, en els quals consta que un 78,6% de la gent gran vol continuar estant a ca seua; el 14%, amb els seus fills o altres familiars; l'1,4% voldria tornar al lloc d'origen familiar; el 2,5%, en una residència, i el 0,6%, en un complex residencial (apartaments, habitatges) per a gent gran.

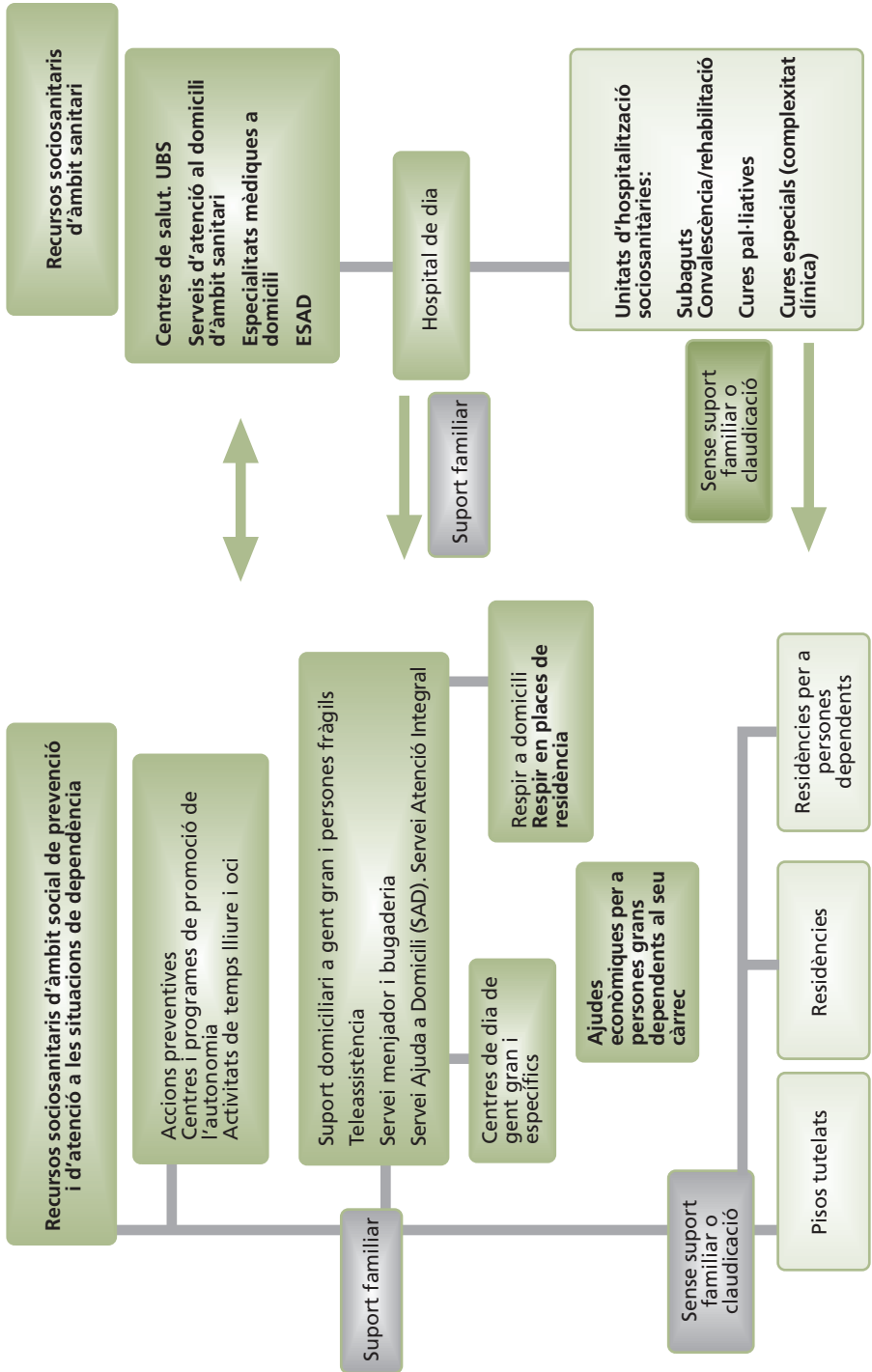
Tampoc no podem obviar la situació socioeconòmica actual que viu un gran nombre de famílies i que pot influir en l'atenció al col·lectiu de persones amb necessitat d'atenció i cura sociosanitària i/o dependència. La situació econòmica i social de crisi que actualment s'està vivint pot determinar algun canvi del model sociofamiliar que havia existit fins ara. El descens de llocs de treball en alguns casos comportarà que algun dels membres familiars quedi a la llar i assoleixi la cura i el suport del familiar en situació de dependència.

Per tot això, és important que despleguem una xarxa de serveis que determini la permanència dels beneficiaris en els domicilis, com estableix la cartera de serveis de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència.

Les característiques de l'illa d'Eivissa fan que ens puguem plantejar un model sociosanitari basat en l'atenció coordinada dels serveis de vessant social i els serveis d'àmbit sanitari que aporti al pacient/usuari una atenció bàsicament de qualitat centrada en la persona i els seus familiars.

La proposta d'atenció sociosanitària disposa la coordinació dels recursos sanitaris i la dels serveis d'àmbit social per a les persones grans, atenent a l'esquema d'itinerari següent:

Itinerari d'adequació dels recursos per a les persones grans



Per al desenvolupament del model d'atenció i de cura sociosanitària a Eivissa, el Pla d'atenció sociosanitària i de prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa 2009-2014 proposa les accions següents:

- I. Elaborar sistemes de difusió de la xarxa de serveis sociosanitaris d'àmbit sanitari i sociosanitari entre professionals dels diferents àmbits i la població en general susceptible de ser-ne beneficiària.
- II. Portar a terme accions encaminades a fomentar la coordinació dels professionals dels serveis sociosanitaris de vessant sanitari i els d'àmbit social.
 - Creació d'una comissió tècnica de treball, encaminada a continuar la línia de treball iniciada amb l'elaboració d'aquest document i que analitzi, proposi i articuli noves línies de treball coordinat a la vegada que analitzi l'adequació de recursos humans a les necessitats de serveis sociosanitaris i abordi programes formatius específics per als professionals, per als pacients i els seus familiars de l'àmbit sociosanitari.
 - Establir convenis de col·laboració assistencial entre els professionals responsables dels diferents serveis d'atenció de col·lectius específics (demències, gent gran, malalties evolutives cròniques...) del Servei de Salut del Govern de les Illes Balears, les del Consell d'Eivissa i altres institucions municipals que puguin portar a terme una activitat conjunta i coordinada d'atenció, amb l'objectiu d'optimitzar els serveis i augmentar la qualitat assistencial. Els convenis poden facilitar un model organitzatiu de treball en equip aportant una dinàmica assistencial interdisciplinària d'atenció i suport al pacient i als seus familiars.
 - Elaborar documents que facilitin el treball dels professionals de forma coordinada i òptima, elaborant protocols d'atenció, derivació i seguiment.
 - Crear espais i una relació fluida que facilitin els sistemes de comunicació i d'informació per al seguiment dels usuaris en els diferents serveis i que es desenvolupi una activitat eficaç i un sentiment professional d'equip en xarxa assistencial.
 - Mantenir una actitud d'anàlisi i d'estudi continuat sobre les necessitats assistencials dels diferents col·lectius d'atenció i els seus familiars i proposar a la comissió tècnica la recerca conjunta d'accions per a la millora i l'avenç permanent del model assistencial.
- III. Compromís dels diferents ens públics responsables de l'atenció sociosanitària i del desenvolupament dels recursos i els serveis sociosanitaris, tant sanitaris com socials a l'illa d'Eivissa.

- IV. Accions encaminades a la reorganització de la gestió i el finançament dels recursos socio-sanitaris de l'illa d'Eivissa; l'entitat responsable de la titularitat sanitària o social a la qual competeixi haurà d'assumir el recurs.
- V. Accions per a la implantació i la difusió del Pla d'atenció socio-sanitària i de prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa.
- VI. Desenvolupament dels recursos i els serveis esmentats al Pla d'atenció socio-sanitària i de prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa.

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (2000). *Pla estratègic sociosanitari d'Eivissa i Formentera*. Eivissa: Consell d'Eivissa i Formentera.

AA. VV. (2006). *Pla director sociosanitari*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

AA. VV. (2006). *Estratègia de salut mental de les Illes Balears*. Palma: Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

AA. VV. (2006). *Pla sociosanitari de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears*. Palma: Govern de les Illes Balears.

AA. VV. (2009). *Esborrany del Pla d'accions sociosanitàries dins l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma: Govern de les Illes Balears.

Catálogo de guías del SNS. Guíasalud. Guías prácticas del SNS.

IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia de España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2007). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. Estudio de consultoría y asistencia*. Madrid: Fundación SAR.

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008 (tomo II)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. *Programació territorial dels recursos d'atenció social especialitzada i domiciliària a Catalunya 2008-2012 i Bases per a la nova planificació*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid.

Orte, C. (dir). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social (Conselleria d'Afers Socials i Universitat de les Illes Balears).

Rodríguez, G.; Monserra, J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales.

Autora

MARGARITA FERRER CARDONA

Eivissa. Llicenciada en Psicologia i diplomada en Logopèdia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Titulada en Psicologia Clínica. Actualment realitza funcions de coordinació d'assistència de centres de dia i suport d'altres institucions i planifica els projectes del Departament de Política Social d'Eivissa. Va treballar com a directora de la residència de malalts d'Alzheimer i altres demències de Can Blai a Santa Eulària. Ha estat responsable de l'àrea de formació continuada de l'HRA.

**UNITATS ASSISTENCIALS
GERIÀTRIQUES A MALLORCA**



Unitats assistencials geriàtriques a Mallorca

Miquel Josep Oliver Ramon
Margarita Viñuela Benítez
Nicolás Flaquer Terrasa

Resum

En el context de l'envelliment progressiu de la població, fruit d'una banda del descens de la natalitat i alhora de la prolongació de l'esperança de vida per a totes les edats, l'assistència a la vellesa suposa un repte per als que actuem ja sigui des de l'àmbit del sector sanitari com des del social, ja sigui com a proveïdors de serveis o com a gestors de recursos. I això és així perquè els recursos són limitats i la projecció de població potencialment usuària és cada vegada més nombrosa tant en xifres absolutes com percentuals; a més, aquesta població és cada vegada més coneixedora dels seus drets i el seu nivell de formació és més elevat.

És en aquest context d'oportunitats, però també canviant i competitiu, on l'aposta per impulsar serveis específics i especialitzats per atendre les necessitats de les persones grans no pot suposar més que un encert, si es fa amb el rigor que avui ens brinda la medicina basada en l'evidència, conjuntament amb una gestió acurada dels recursos.

En aquest capítol es pretén plasmar l'aportació que hem fet des d'unitats assistencials geriàtriques els distints professionals que hi participam amb un nexa comú, com és el de l'exercici de l'assistència geriàtrica especialitzada depenent del servei de salut de Mallorca. Entenem la transcendència de la labor dels geriatres que treballen en el medi residencial, com també dels canvis en l'organització del sistema d'atenció socials i sanitaris, que s'intenten adaptar alhora a l'evolució de la pròpia estructura social, sobretot pel que fa a l'atenció a les persones grans dependents o en risc d'adquirir aquesta condició, i participam en un sector sociosanitari emergent, que no lliure d'entrebancs, intenta assumir el lideratge d'una assistència tan complexa com necessària i dinàmica.

Resumen

En el contexto del envejecimiento progresivo de la población, fruto por una parte del descenso de la natalidad y por otro de la prolongación de la esperanza de vida para todas las edades, la asistencia a la vejez supone un reto para los que actuamos ya sea desde el ámbito del sector sanitario como desde el social, ya sea como proveedores de servicios o como gestores de recursos. Y esto es así porque los recursos son limitados y la proyección de la población potencialmente usuaria es cada vez más numerosa tanto en cifras absolutas como porcentuales, además esta población cada vez es más conocedora de sus derechos y su nivel de formación es más elevado.

Es en este contexto de oportunidades, pero también cambiante y competitivo, donde la apuesta por impulsar servicios específicos y especializados para atender las necesidades de las personas mayores no puede suponer más que un acierto, si se realiza con el rigor que

hoy en dia nos brinda la medicina basada en la evidencia, conjuntamente con una gestión adecuada de los recursos.

En este capítulo se pretende plasmar la aportación que hemos hecho desde unidades asistenciales geriátricas los distintos profesionales que participamos con un nexo común, como es el del ejercicio de la asistencia geriátrica especializada dependiente del servicio de salud de Mallorca. Entendemos la trascendencia de la labor de los geriatras que trabajan en el medio residencial, así como de los cambios en la organización de los sistemas de atención sociales y sanitarios, que intentan adaptarse a su vez a la evolución de la propia estructura social, sobre todo en lo que respecta a la atención a las personas mayores dependientes o en riesgo de adquirir esta condición, y participamos en un sector sociosanitario emergente, que no libre de amenazas, intenta asumir el liderazgo de una asistencia tan compleja como necesaria y dinámica.

1. Introducció

Entenem que l'envelliment d'una població, en l'àmbit dels països desenvolupats, suposa l'augment de la proporció de persones d'edat avançada, normalment de les persones més grans de seixanta-cinc anys, respecte del total dels seus individus. Com ja és sabut, el descens de la natalitat i els corrents migratoris tenen també un impacte en l'evolució d'aquesta proporció.

Si actualment a les Illes Balears la població d'aquest grup d'edat representa el 14%, el 2015 es creu que es mourà entorn del 16%, tot i que seguirem sent una comunitat relativament jove respecte de la resta del país, on aquest percentatge s'acostarà al 20%.

Un fet rellevant és que la xifra de defuncions es concentra especialment en les edats superiors i es produeix un ràpid increment del grup de persones que superen els vuitanta anys; és l'anomenat sobreenvelliment. De manera paral·lela, l'esperança mitjana de vida en el naixement presenta una tendència a créixer moderadament, fins a situar-se, d'acord amb les dades calculades per l'INE per a 2005 a les Illes Balears, en 74 anys per als homes i més de 81,5 anys per a les dones.

Aquesta diferència entre sexes afavoreix que el fenomen del sobreenvelliment sigui més important entre la població femenina.

Hem de compartir la percepció que l'envelliment suposa un fet profundament positiu per a una majoria de sexagenaris i de persones grans en general, que tradueix una conquesta social i alhora és fruit de les millores higièniques i sanitàries, així com d'uns

hàbits de vida més saludables i d'una participació més gran en el si de la societat. Però no és menys cert que en aquesta etapa de la vida augmenta la incidència i prevalença de malalties degeneratives, en les quals el fet d'envellir suposa un factor de risc per si mateix. I potser el que és més preocupant són les taxes d'incidència i prevalença de situacions de dependència que es van acumulant en els estrats progressivament més envellits de la població; així, per exemple, valoram que un 6% de la població més gran de seixanta-cinc anys pateix limitacions severes per a l'autonomia en activitats bàsiques de la vida diària.

La repercussió d'aquests aspectes en la provisió de serveis socials i sanitaris passa per reconèixer certs aspectes fonamentals i distintius d'aquest col·lectiu de persones grans: en elles la malaltia té una incidència més gran i amb més freqüència s'associen diverses patologies en un mateix individu; les malalties agudes duren més i sovint es cronifiquen; augmenta la incidència i prevalença de les situacions d'incapacitat; augmenta el consum de recursos sanitaris tant d'atenció primària com especialitzada; així com també augmenta el consum de fàrmacs, cures continuades i recursos socials.

És també necessari definir distints nivells de necessitats sanitàries que les persones grans demanen i també cal considerar que els perfils de necessitats sanitàries són de fet canviants i que una resposta assistencial inadequada d'aquesta demanda sol associar-se a un risc més gran de progressió envers situacions de més deteriorament.

Els perfils que es reconeixen de manera objectiva i consensuada són:

- persones grans sanes.
- persones grans malaltes.
- ancians d'alt risc i/o ancians fràgils.
- pacients geriàtrics.

Cal aclarir que tant les persones grans sanes com les malaltes que no compleixen criteris de pacient geriàtric poden ser ateses sense problemes pels serveis sanitaris tradicionals.

D'altra banda, són els grups d'ancians d'alt risc i els de pacients geriàtrics els que justifiquen una reorientació del model assistencial, un model que ha de promocionar l'atenció geriàtrica específica i especialitzada i que ha de permetre:

- L'accés dels ancians fràgils i d'alt risc a recursos destinats a la prevenció i la detecció precoç de problemes de salut, com també l'accés a recursos assistencials que possibilitin un diagnòstic i tractament eficaços per prevenir situacions de dependència.
- El reconeixement del perfil de pacient geriàtric com a pacient diana que planteja problemes específics i especials, diferents de la resta d'adults més joves, entre aquests:

la prevalença de dificultats per a la seva pròpia cura, el deteriorament cognitiu, les dificultats dels seus cuidadors i fins i tot l'elevat risc de deteriorament durant un ingrés hospitalari convencional.

Entenem com a qualitats bàsiques per a l'assistència sanitària a les persones grans els atributs següents:

- Integral: s'afegeixen al concepte biomèdic d'assistència tradicional les esferes funcional, mental i social.
- Integrada: és a dir, els recursos especialitzats han d'estar integrats en la xarxa d'assistència sanitària de la població general.
- Integradora: és a dir, l'assistència està encaminada a aconseguir la permanència de la persona gran en el seu entorn habitual, mentre això sigui possible, en condicions de dignitat per a la persona.
- Terapèutica i rehabilitadora, apuntant al diagnòstic causal de la malaltia i al seu tractament eficaç, per tal de prevenir les possibles seqüeles i dependència.
- Precoç i que permeti una estratègia preventiva.
- Progresiva: graduant la intensitat de l'esforç diagnòstic i terapèutic.
- Continuada en el temps, de manera que garanteixi el contínuum de cures adequades a cada moment del procés assistencial.
- Cal que disposi d'una dotació estructural adaptada a les necessitats canviants dels ancians fràgils i pacients geriàtrics.
- Coordinada: entre els proveïdors de recursos sanitaris i els socials; s'ha de cercar la sinergia i la màxima eficiència.

2. El desenvolupament de la geriatria a les Illes Balears i a Mallorca

1. Juntament amb el fenomen d'envelliment progressiu de la població mallorquina, l'aparició de situacions de dependència entre el col·lectiu de gent gran ens porta a la realitat dels nostres dies; segons l'enquesta de discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència publicada per l'INE el 2008, a les Balears hi viuen 49.800 persones amb seixanta-cinc o més anys amb alguna discapacitat per realitzar activitats bàsiques de la vida diària; d'aquestes, més de la meitat (unes 27.000) no rebrien a hores d'ara cap tipus d'ajuda.

Recentment, la OCDE estima que la despesa pública destinada a cures per problemes relacionats amb la salut passarà de suposar el 5,5% del PIB actual a trobar-se en una forquilla entre el 7,8 i el 9,6% el 2050, mentre que les cures de llarga durada passaran de suposar el 0,2% del PIB a augmentar fins a significar entre l'1,9 i el 2,6% del PIB, aquest últim fonamentalment per les prestacions relacionades amb situacions de dependència.

Una població envellida com la mallorquina necessita el desenvolupament d'una assistència sanitària adaptada a les seves necessitats, sense més retard.

Tot i que som una de les comunitats autònomes més joves d'Espanya, no ens escapam de les conseqüències del *boom* demogràfic que transformarà en uns anys els que naixeren en el *baby boom* dels anys cinquanta.

Al llarg dels últims quinze anys, s'han editat i debatut diferents plans gerontològics en l'àmbit dels serveis socials de les Illes Balears; a més, s'han iniciat canvis en el sistema sanitari propiciats per la dimensió gerontològica i geriàtrica que ha impregnat distints plans sociosanitaris, que de manera parcial, a poc a poc, s'han anat desenvolupant.

En concret, el 1996, la Direcció General d'Acció Social publicà el Pla Integral de les Persones Majors encaminat a establir uns principis normatius per a la provisió de recursos socials per a la gent gran; a més, el pla establia recursos dirigits a les persones grans dependents, canalitzava ajuts per a persones amb habitatge precari, promovia la transformació de places residencials de vàlids en places per a usuaris assistits, així com també creava noves places i proposava programes de suport als cuidadors, a més d'altres aspectes dirigits a promocionar l'associacionisme i la participació de la gent gran en la vida social.

El 2001, la Conselleria de Benestar Social, a través de l'Institut Balear d'Afers Socials, va publicar el Pla Estratègic de les Persones Majors. Aquest pla va desenvolupar els eixos iniciats en l'anterior, va augmentar ràtios de serveis com el d'ajuda a domicili o teleassistència, va crear places d'estades diürnes destinades a persones amb demència, va continuar amb la creació i dotació de noves places residencials i amb la concertació i la reconversió de places de vàlids a places per a assistits. Aspectes nous foren la creació de serveis de tutela d'adults en situació d'incapacitat jurídica. A més, es va engegar el programa d'acolliment familiar de persones grans i es va continuar la necessària reglamentació de serveis socials per a persones grans; també es varen promoure d'altres iniciatives de suport a cuidadors i d'altres de tipus científic i cultural, així com mesures preventives contra l'exclusió i afavoridores de la cohesió social.

Es pot assegurar que aquests plans han contribuït a disminuir els prejudicis que a priori romanen en el col·lectiu social envers la vellesa. Cal reconèixer que aquest context facilitador provinent de la gerontologia social suposa un estímul i un referent per a equips assistencials que tradicionalment han actuat dins el sistema sanitari especialitzat normalment d'esquena a la realitat del món domiciliari i residencial, dos nivells assistencials imprescindibles per garantir la continuïtat assistencial al pacient geriàtric. Tot i així queda molt de camí per recórrer en l'adequació de serveis capaços de cobrir aquest espai sociosanitari amb expertesa en la gestió de casos i qualitat.

En els últims anys, les unitats de cures paliatives i l'ESAD han desenvolupat programes d'atenció al pacient terminal no oncològic i al pacient immobilitzat. Cal dir que aquests programes tenen una activitat inferior a l'esperada, en comparació amb altres àrees i comunitats autònomes.

La gerència d'atenció primària també ha rebut un estímul en assumir el seu paper en la detecció de l'ancià de risc, en la incorporació de protocols de cribatge de deterioració funcional i mental, així com en el control de factors de risc social. Prova d'aquest fet és la posada en marxa, el juny del 2000, del programa d'atenció a l'ancià, que articula mesures de prevenció i provisió d'assistència a les persones grans i que detecta situacions de risc en prop de vint mil usuaris.

També s'han reorientat recursos residencials per garantir l'eficàcia de l'atenció als ancians amb necessitat més gran de cures. Això ha canviat el perfil dels usuaris en aquest nivell i ha exigít també una qualificació més alta dels equips assistencials.

Hem de reconèixer que la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, ha fet possible l'accés a recursos socials que eren força necessaris per a la població anciana dependent. Entenem que era una llei necessària i quasi urgent però que tampoc no és la panacea, sobretot en moments de crisi econòmica com l'actual.

Des de societats científiques se segueix qüestionant l'eficàcia de les mesures preventives de les situacions de dependència, sobretot les mesures que cal que estiguin coordinades amb els recursos sanitaris i, en el cas del col·lectiu de gent gran, coordinades amb recursos pròpiament geriàtrics.

En aquest capítol explicarem, juntament amb una breu introducció amb perspectiva dels últims vint anys, la situació real dels recursos específicament geriàtrics que actualment donen servei a la nostra comunitat en l'àmbit de l'àrea sanitària de l'illa de Mallorca.

Tractarem també d'indicar possibles vies de millora en l'adequació de recursos especialitzats en un futur pròxim.

2. Cal fer aquí un incís i definir la geriatria com la branca de la medicina dedicada als aspectes preventius, clínics, terapèutics i socials de les malalties en les persones grans.

Els aspectes diferencials de la geriatria respecte d'altres especialitats serien:

-La utilització de la valoració integral de l'ancià com a eina per al diagnòstic de: malalties orgàniques, la capacitat funcional, l'estat mental i l'entorn sociofamiliar.

-Treball en equip interdisciplinari, entès com la tasca duta a terme per distints professionals amb un objectiu comú i que es comuniquen coneixent la feina de l'altre i coneixent tots l'evolució del pacient.

-Estructurada en nivells assistencials: per tal d'aconseguir una atenció continuada i coordinada, en la qual les unitats assistencials geriàtriques queden definides i estructurades en: unitat geriàtrica d'aguts, unitat de mitjana estada/convalescència, unitat de llarga estada, hospital de dia, atenció domiciliària, residències.

Cal aclarir que l'activitat realitzada en residències ha estat gestionada tradicionalment pels serveis socials i no queda recollida en l'actual capítol, ja que necessita una anàlisi més profunda i rigorosa en properes edicions.

3. On s'ha desenvolupat amb més vitalitat la geriatria ha estat en les àrees de coneixement de programes de formació de professionals com: infermers, fisioterapeutes, treballadors socials....., i això s'ha traduït amb la incorporació i consolidació de l'estudi de l'envelliment i la patologia associada en els seus plans de formació.

En els últims anys empreses com GESMA també han incorporat en els plans de formació la geriatria i la gerontologia com àrees de coneixement, dedicant recursos a realitzar cursos de mestratge en distints hospitals públics de Mallorca.

No menys cert es que la incorporació i integració de metges especialistes en geriatria en equips com unitats geriàtriques d'aguts, UVASS, ESAD, unitats d'ortogeriatria, unitats de convalescència, i llarga estada es troba encara endarrerida.

4. El desenvolupament d'un model assistencial gerontològic

Davant l'imperatiu de generar nous recursos d'atenció a les persones grans i de reorientar-ne i transformar-ne d'altres amb aquesta mateixa finalitat, s'estableixen històricament dues vies de desenvolupament d'unitats assistencials geriàtriques.

4.1. Una primera via és la integrada en l'atenció especialitzada, que assumeix els reptes de la coordinació amb recursos d'atenció primària però també amb altres recursos socio-sanitaris tant de titularitat pública com privada concertada.

En aquest sentit, el 1996 es creà la Unitat de Geriatria de l'Hospital Son Dureta i s'ubicà a la Clínica Verge de la Salut, una clínica d'uns seixanta llits amb activitat medicoquirúrgica que aleshores donava suport als serveis de medicina i oncologia.

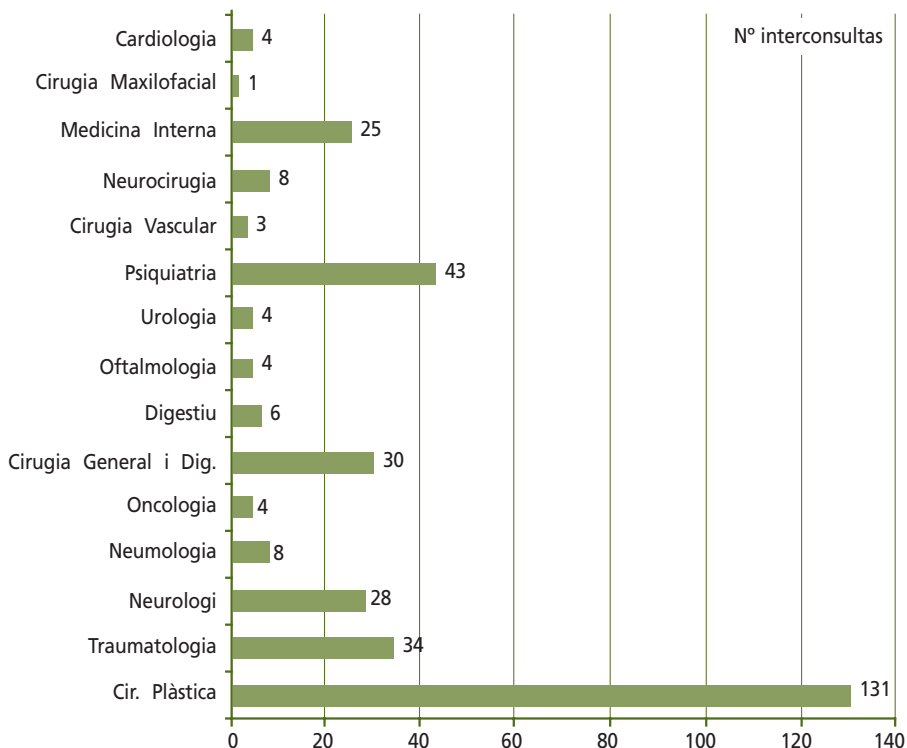
Aquest primer plantejament afavorí, d'una banda, la relació entre el geriatre i l'equip de pal·liatiu, en l'atenció al sofriment al final de la vida, però d'altra banda dificultà l'accés

de l'equip de valoració i cures geriàtriques al flux de pacients de l'Hospital d'Aguts. Altres activitats desenvolupades foren la derivació a estades temporals a residències d'ancians i l'atenció directa de pacients geriàtrics en llits de mitjana estada adscrits al servei de medicina interna de Verge de la Salut. Cal dir que aquesta unitat mai no va estar dotada de fet amb un equip interdisciplinari complet, com així es va recollir a l'auditoria d'INSALUD de 1998.

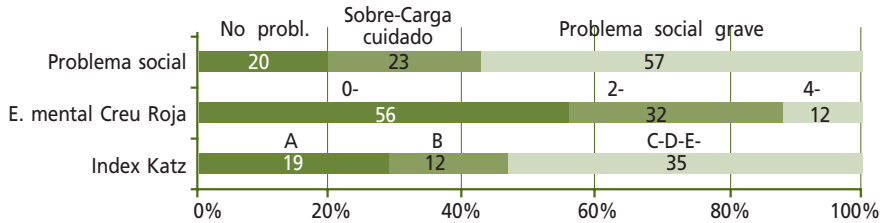
Tot i així, es desenvolupà una incipient activitat valoradora específicament geriàtrica i afavoridora de la gestió d'altres de pacients complexos. Dades recollides de l'activitat de l'EVCG, realment precursora de la UVASS de l'Hospital Son Dureta, mostren que es varen atendre 407 interconsultes i el perfil dels pacients valorats va correspondre al del pacient geriàtric típic, amb pluripatologia prevalent i incident, amb síndromes geriàtriques, amb deteriorament funcional i mental i amb dificultats de realització del pla de cures. L'activitat es va dur a terme amb la introducció d'escala de valoració funcional, mental i social que després s'han seguit utilitzant per a aquesta tasca.

Els gràfics 1 a 6 documenten la procedència i la destinació dels malalts, així com la tasca diagnòstica i terapèutica realitzada.

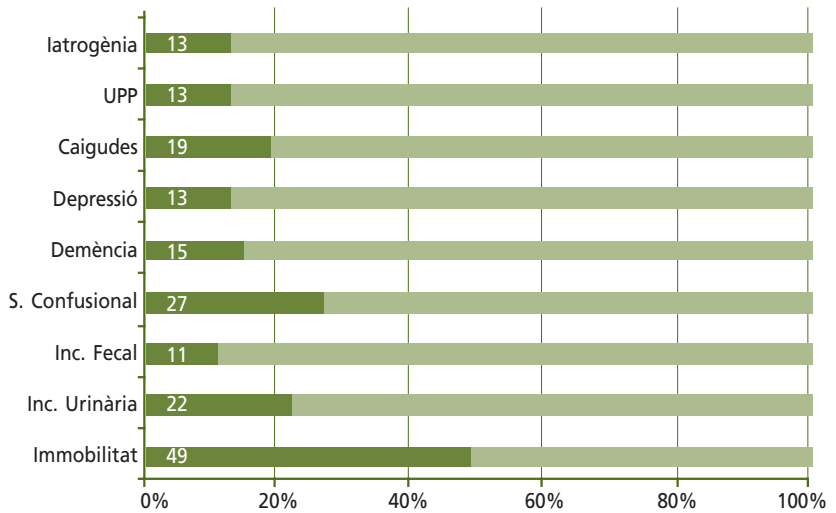
Gràfic 1 | Serveis sol·licitants d'interconsulta a l'EVCG



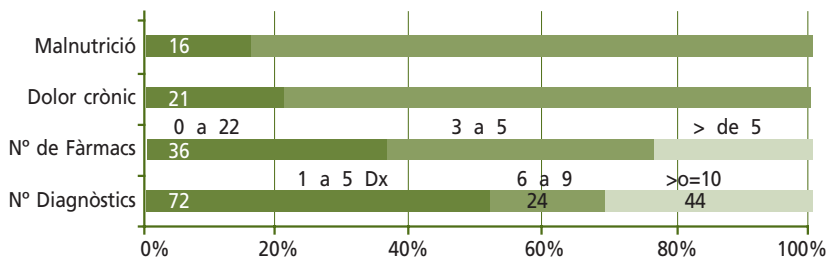
Gràfic 2 | Perfil pacients. Aplicació d'escales de valoració.
Mostra aleatòria de 100 pacients, sobre 407 valoracions

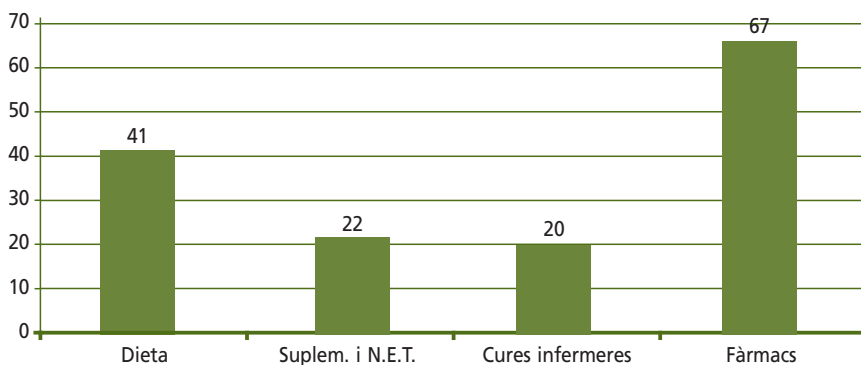
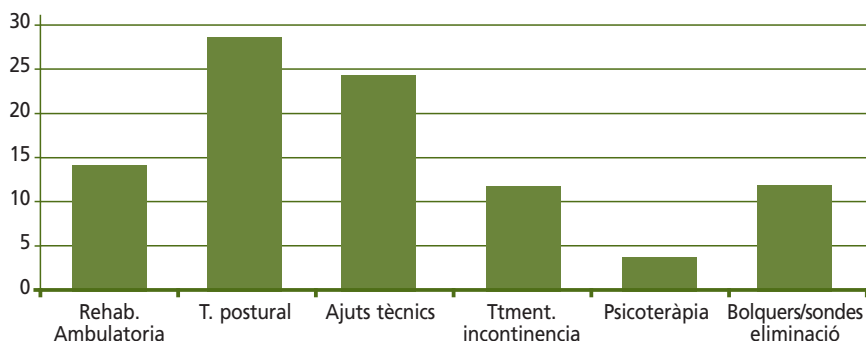


Gràfic 3 | Sdmes. geriàtriques (en percentatge de pacients. N=100)



Gràfic 4 | Sdmes. geriàtriques-polifarmàcia-comorbiditat



Gràfic 5 | Tractaments a l'alta (en percentatge de pacients. N=100)**Gràfic 6 | Plans de cures a l'alta (en percentatge de pacients. N=100)**

A pesar dels adequats resultats qualitius, s'ha de reconèixer que l'EVCG de l'Hospital Universitari Son Dureta, igual que els altres nou que varen funcionar al conjunt de l'INSALUD durant els anys noranta, no va donar el rendiment esperat. L'anàlisi d'aquest fet concorda amb els estudis realitzats a altres països amb relació a unitats interconsultores geriàtriques. Winograd i Steams (1990) i posteriorment Stuck (1993), en la seva coneguda metaanàlisi, identificaren les possibles causes d'ineficàcia d'aquest tipus de programes: selecció inadequada de pacients pels metges derivadors, escàs compliment de les recomanacions fetes pels equips interconsultors, falta d'infraestructura per assumir la responsabilitat directa dels plans de cures, absència de seguiment dels pacients després de l'alta hospitalària, retard en la

sol·licitud d'interconsulta o en el període des de la sol·licitud fins a la intervenció. Malhauradament, totes aquestes limitacions també varen pesar en el dia a dia de l'EVCG del nostre hospital de referència.

Tot i així, són indubtables els beneficis aconseguits en diversos hospitals espanyols en l'àmbit de l'ortogeriatria; valguin les experiències de Sánchez Ferrín (1999), Vidán (1998), Cruz Jentoft (1994), Reig Puig (1996) o González-Montalvo (1996) que, utilitzant aquest tipus de model interconsultor, han demostrat les millores següents: un nombre més baix de consultes urgents, un nombre més baix d'interconsultes, disminució de complicacions generals, un nombre més baix de fàrmacs, una més baixa mortalitat intrahospitalària, detecció de problemes ocults, estada mitjana hospitalària més curta, menys retard en l'inici de la rehabilitació, un percentatge més alt de trasllats a centres rehabilitadors, millora funcional a l'alta, una eficiència més gran en la gestió de llits i un nombre més gran de diagnòstics que resulten en modificacions en el tractament.

Com a conseqüència d'aquest procés desigual arreu del territori INSALUD, l'any 2002, i ja amb la sanitat transferida a la nostra comunitat autònoma, es liquiden tots els programes d'EVCG i s'intenta alhora configurar una UFISS amb un marcat component geriàtric, que al final es dirà UVASS i, per motius no explicitats però segurament d'índole diguem-ne organitzativa, després d'un trimestre de col·laboració prescindirà de la Unitat de Geriatria de l'Hospital Son Dureta, que es reubicarà a l'Hospital de la Creu Roja, on desenvolupa la seva activitat fins a l'actualitat.

Un altre recurs geriàtric especialitzat fou el creat també el 1996, quan es va iniciar l'activitat assistencial a la consulta externa de geriatria de l'Hospital Son Dureta, aleshores ubicada a la Clínica Verge de la Salut i a partir de 2002 reubicada a l'Hospital de la Creu Roja de Palma. La seva activitat s'ha centrat en la valoració de pacients amb síndromes geriàtriques: deteriorament físic o mental, pluripatologia crònica i invalidant, polifarmàcia, desnutrició proteicoalòrica, incapacitat per a les funcions normals d'extremitats, incontinència urinària i/o fecal, caigudes de repetició, problemàtica social afegida que condicioni processos diagnòstics o plans de cures.

En el context d'un sistema sanitari modern, amb una gestió sectoritzada i amb recursos de qualitat contrastada, crida l'atenció la manifesta manca de recursos geriàtrics especialitzats.

Diversos experts han analitzat comparativament el desenvolupament d'aquests recursos arreu del territori espanyol (Ruipérez [et al.] 2003) i ens situen entre les comunitats amb nivells baixos de cobertura, al voltant de l'11%. És evident que les Balears no tenen garantida una adequada assistència geriàtrica a pacients aguts en la majoria dels seus hospitals generals i hi ha sectors i àrees sanitàries encara desprovists de qualsevol recurs d'aquest tipus.

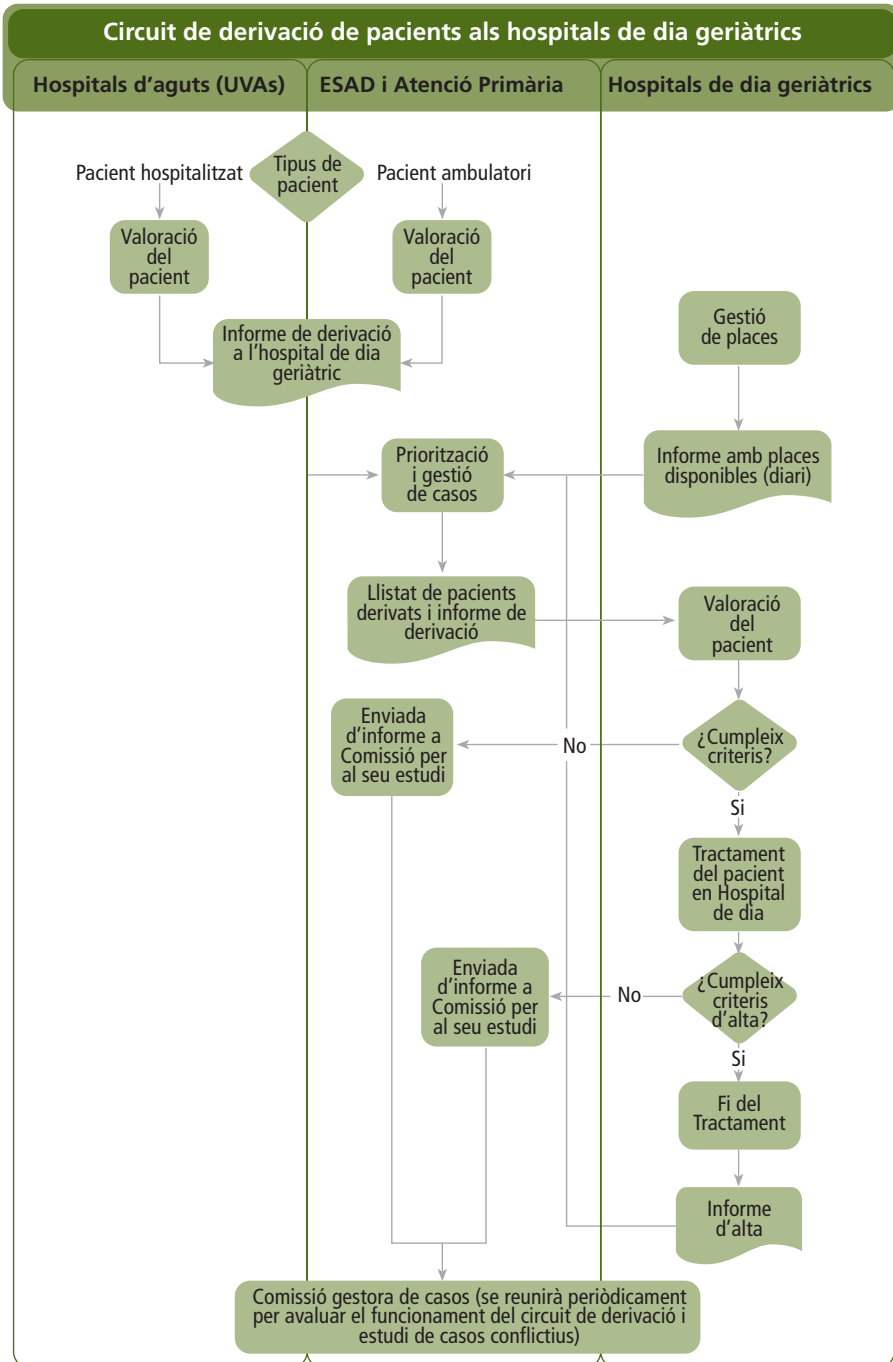
4.2. La via sociosanitària ha pogut emergir a través dels plans sociosanitaris impulsats en els anys 2003 i 2006 a la nostra comunitat autònoma.

El desenvolupament d'unitats assistencials geriàtriques s'ha impulsat des de l'any 2005 a Mallorca en l'àmbit dels hospitals sociosanitaris de Sant Joan de Déu i de la Creu Roja mitjançant una gestió concertada.

Al llarg del 2005, l'ESAD va iniciar la tasca de coordinació de les derivacions als hospitals de dia geriàtrics.

S'ha elaborat, per part del Servei de Salut i amb la participació de l'ESAD, el protocol de derivació de pacients a l'Hospital de Dia Geriàtric (subdirecció d'AP i 061 de l'IB-Salut, 2004).

Definició circuit de derivació de pacients. GAP.



L'autorització del servei d'ambulància el realitza l'ESAD, si bé els respectius hospitals de dia geriàtrics són els que concreten la petició d'aquest servei segons la situació funcional i les barreres arquitectòniques en el domicili de manera individualitzada.

Més del 90% dels trasllats del domicili a l'hospital els realitza el servei d'ambulàncies de manera coordinada.

L'activitat coordinadora de l'ESAD ha suposat la creació d'un nou tipus de coordinació de recursos entre atenció primària, atenció especialitzada i els hospitals sociosanitaris concertats, així com el servei d'ambulàncies. Qualitativament, ha suposat un esforç en la utilització de sistemes de comunicació, que s'han consensuat entre derivadors i proveïdors de serveis i que actualment estan coordinats per la Direcció de Cures i Coordinació Sociosanitària de l'IB-Salut.

Taula 1 | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
	Derivacions	%	Derivacions	%
Hospital	131	57,2	148	55
EAP	98	42,8	121	45
Total	229	100	269	100

Cal aclarir que les derivacions procedents de recursos hospitalaris inclouen també les unitats assistencials geriàtriques explicades al llarg d'aquest capítol, fet que ens porta a reflexionar sobre el grau d'adequació com a unitats derivadores d'altres recursos, com és el cas de l'UVASS, ubicats als hospitals d'aguts.

Hem d'aclarir que, a pesar de les accions informatives dels hospitals de dia geriàtrics en els hospitals d'aguts de referència i del fet de sotmetre's a un control de l'activitat i els resultats, sembla que aquesta via de derivació no està prou implementada. Tal vegada per optimitzar aquesta via caldria afavorir el flux d'informació tant als serveis especialitzats hospitalaris, que compten amb metges i equips potencialment derivadors, com als valoradors (UVASS).

Cal insistir que els graus d'eficàcia i eficiència són totalment equiparables entre hospitals de dia geriàtrics i altres unitats de recuperació funcional com les unitats de mitjana estada i unitats de convalsència (Forster [et al.] 2008).

Taula 2 | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
			Derivacions	%
Hospital Creu Roja	123	53,3	119	44,2
Hospital Sant Joan de Déu	106	46,7	150	55,8
Total	229	100	269	100

L'equip assistencial de l'hospital de dia geriàtric que rep el pacient està obligat a donar compte de l'ocupació a diari a l'òrgan regulador, és a dir, l'ESAD.

Taula 3 | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
			Derivacions	%
Rehabilitació	190	83,0	216	80,3
Situacions socials	11	4,8	19	7,1
Altres	28	12,2	34	12,6
Total	229	100	269	100

Cal també aclarir que els criteris d'inclusió i exclusió són els mateixos per a tots els pacients que entren en aquest programa; un mateix pacient pot reunir simultàniament diverses indicacions i per motius únicament d'índole social es reserva fins a un 5% del total de derivacions dels respectius hospitals de dia geriàtrics. Altres motius d'assistència inclouen: valoració geriàtrica integral, educació sanitària al cuidador, maneig de síndromes geriàtriques o cures d'infermeria.

Cal entendre que l'hospital de dia geriàtric té una missió rehabilitadora primordial i que es converteix a més en la indicació de principal motiu de derivació; aquesta activitat està protocolitzada i predomina en el procés assistencial d'aquesta unitat geriàtrica, conjuntament amb l'activitat valoradora inherent a qualsevol intervenció geriàtrica.

Taula 4 | *ESAD. Activitat coordinadora de derivació als HDDG (dades agrupades dels HCR+HSJDD)*

HOSPITAL DE DIA GERIÀTRIC	2006		2009	
			Derivacions	%
Situacions pacients				
En tractament	31	13,5	63	23,4
Denegat el tractament	22	9,6	21	7,8
En espera burocràtica	15	6,5	26	9,7
Tractament finalitzat	157	68,6	151	56,1
Altres	2	0,9	7	2,6
Èxitus	2	0,9	1	0,4
Total	229	100	269	100

Una possible explicació a les baixes xifres d'èxitus seria, d'una banda, l'agilitat de derivació a urgències dels casos que inevitablement s'aguditzen, que suposen una minoria; d'altra banda, el perfil de pacient geriàtric encara no es deriva amb facilitat envers aquest recurs des dels hospitals d'aguts, on la complexitat i gravetat dels pacients sol ser més gran. Hem de pensar que, malauradament, les taxes de mortalitat a les unitats de recuperació funcional que atenen pacients geriàtrics solen rondar el 5%.

La planificació sociosanitària i el desenvolupament d'aquestes unitats s'han previst des dels diferents programes sociosanitaris però són encara lluny de cobrir-se les ràtios previstes.

Paral·lelament, s'han impulsat línies assistencials en centres sociosanitaris gestionats per GESMA, dades analitzades en l'*Anuari de l'envelliment* editat el 2009.

3. Descripció genèrica de les unitats assistencials geriàtriques

3.1. Consulta externa de geriatria

La consulta externa de geriatria és una consulta específica dirigida a persones grans. Els criteris principals de derivació són els següents:

- Valoració geriàtrica integral
- Valoració i tractament clínic
- Valoració funcional
- Valoració mental (cognitiva i afectiva)
- Valoració del pacient amb caigudes
- Valoració de la incontinència urinària
- Valoració de la deterioració cognitiva
- Seguiment després de l'alta hospitalària

3.2. Unitat d'aguts geriàtrica (UGA)

És el nivell assistencial que presta atenció especialitzada, en règim d'hospitalització, a ancians que compleixen criteris de pacient geriàtric amb malalties agudes o reagudització de malalties cròniques. Aquest tipus d'unitat té unes característiques arquitectòniques i funcionals especials i ha de complir uns criteris com el confort (ha de tenir unes dimensions pensades per donar amplitud, tenir accessos adequats a banys i lavabos, una il·luminació suficient i un disseny pensat per preservar la intimitat del pacient). Així mateix, tenen utilitat específic amb llits graduables en altura, matalassos antiescares, butaques geriàtriques, caminadors, passamans i banys geriàtrics.

-Els principals motius d'ingrés són:

- Insuficiència cardíaca
- HTA
- Fibrilació auricular
- Accident cerebrovascular
- Broncopneumònia
- Insuficiència respiratòria
- Diabetis mellitus
- Demència
- Estudi d'anèmies

3.3. Unitat de mitjana estada (UME)

Coneguda també com a unitat de convalescència o de rehabilitació, tendeix a anomenar-se ara unitat de recuperació funcional. Té com a objectiu aconseguir i completar el procés rehabilitador quan aquest és possible. Solen tractar pacients que ja han superat la fase aguda de la malaltia i que necessiten cures mèdiques, d'infermeria i, sobretot, rehabilitació, amb la finalitat d'aconseguir la màxima independència possible. L'estada mitjana ha de ser de menys de trenta dies.

-Els principals motius d'ingrés són:

- La rehabilitació de la malaltia vascular cerebral, fractura de maluc, malaltia de Parkinson i immobilismes reversibles.
- Quirúrgics: úlceres per pressió.
- Clínics, com descompensació diabètica o estabilització de pacients amb greus condicionaments.
- Socials.

3.4. Unitat d'ortogeriatria

És una unitat destinada a optimitzar l'assistència als pacients que han sofert una fractura de maluc. Existeixen diversos models d'unitat, depenent de si els pacients són intervinguts o no al mateix hospital o de si vénen derivats d'altres centres. En cas de derivació des d'altres centres, l'assistència anirà dirigida a tractar els problemes clínics que puguin aparèixer i a supervisar la recuperació funcional. L'ideal és que el geriatre pugui ser el que coordini des del principi l'assistència al pacient i el que realitzi la primera valoració (en aquest tipus d'unitats, igual que en les anteriorment descrites, és molt important realitzar una valoració geriàtrica integral) i decidir quan està preparat per ser intervingut, juntament amb el traumatòleg.

Una vegada finalitzat l'acte quirúrgic, prepara el procés de recuperació funcional juntament amb el servei de rehabilitació, amb coneixement de la realitat física, social i mental del pacient, fet que implica moltes vegades que altres professionals com els treballadors socials hagin d'intervenir i s'aconsegueix d'aquesta manera optimitzar el moment i el lloc de l'alta.

3.5. Hospital de dia geriàtric

És un centre diürn interdisciplinari, integrat generalment en un hospital, al qual acudeix l'ancià fràgil o el pacient geriàtric, habitualment amb incapacitat física i/o psíquica, per rebre valoració geriàtrica i/o tractament integral i per tornar posteriorment a casa seva.

Els objectius assistencials són:

- Potenciar l'autonomia funcional.
- Disminuir la utilització de llits hospitalaris, ja sigui evitant ingressos o acurçant estades.
- Retardar o evitar tant com es pugui la institucionalització crònica en centres residencials.
- Fer possible la valoració i el tractament integral de pacients geriàtrics i ancians fràgils.

L'estructura de l'hospital de dia geriàtric és la següent:

- Superfície: 200 m² (13 m² per pacient)
- Transport adaptat: microbús o ambulància
- Places: 15-20
- Radi d'acció aconsellat: 18 quilòmetres
- Són més eficaços si s'integren dins un servei de geriatria

Constarà de les àrees funcionals següents:

- Àrea de teràpia ocupacional
- Àrea de fisioteràpia
- Menjador
- Sala de cures
- Consulta de valoració
- Hospitalització d'un dia amb adaptacions

Els indicadors bàsics de funcionament d'un hospital de dia geriàtric inclouen dades com:

- Horari: 7-8 hores al dia
- Percentatge d'ocupació: 80-85%
- Assistència mitjana setmanal: 2-3 sessions per pacient
- Pacients nous per setmana: 3
- Assistència mitjana total per pacient: 20 sessions

Els principals processos pels quals el pacient acudeix a l'HDDG són:

- Recuperació funcional de la deambulació
- Atenció mèdica i d'infermeria
- Valoració de problemes geriàtrics
- Descàrrega familiar

3.6. Unitat de llarga estada

Es tracta d'un nivell assistencial hospitalari destinat a l'atenció de pacients en situació de dependència funcional que mostren una descompensació de la seva pluripatologia crònica i necessiten cures hospitalàries durant un període de temps prolongat.

Aquest recurs assistencial pretén aconseguir el control dels problemes mèdics, funcionals i psicològics, a més de proporcionar la ubicació social més adequada per garantir la continuïtat de les cures.

Es tracta de recuperar funcionalment el pacient quan això sigui encara possible i prevenir complicacions quan ja no ho sigui i així disminuir l'impacte de la malaltia, millorar la qualitat de vida i proporcionar a la família i als cuidadors les habilitats i l'atenció emocional necessària per evitar la claudicació, així com contribuir a la reinserció del pacient en el seu entorn natural.

Es basa en la valoració geriàtrica integral, que duu a terme un equip interdisciplinari, liderat per un geriatre.

-Objectius:

1. Proporcionar al pacient fràgil les cures mèdiques i d'infermeria necessàries per controlar, prevenir i tractar les complicacions de les seves patologies cròniques.
2. Minimitzar l'impacte que produeix la malaltia i millorar així la qualitat de vida.
3. Mantenir i millorar, si és possible, la situació funcional i cognitiva del pacient i retardar tant com es pugui la progressió del deteriorament.
4. Proporcionar un ambient hospitalari favorable per a l'atenció d'aquests pacients, mitjançant l'assistència d'un equip especialitzat i la utilització d'una metodologia de treball integral, específica i individualitzada.
5. Suport psicològic del pacient i de la seva família.
6. Coneixement de la realitat social del pacient, per aconseguir la reinserció en el seu entorn.
7. Garantir la continuïtat de les cures, mitjançant l'assignació eficient dels serveis relacionats amb la salut a través dels diferents nivells d'assistència.
8. Contribuir a una qualitat i dignitat més grans en el procés natural de la mort.

4. Unitats geriàtriques de l'Hospital de la Creu Roja de Palma

L'Hospital de la Creu Roja es defineix com una empresa innovadora de serveis assistencials, la missió principal dels quals és donar una atenció mèdica personalitzada, ètica, integral, contrastada i de la més bona qualitat. Això es tradueix a oferir als nostres pacients uns sistemes de diagnòstic fiables i una àmplia cartera de tractaments i recursos assistencials, entre els quals figuren: el diagnòstic i tractament de patologies d'atenció mèdica general i diverses especialitats mèdiques, com per exemple la geriatria, així com cirurgia ambulat i hospitalització.

L'edifici que ocupa l'Hospital de la Creu Roja a Palma va ser construït entre els anys 1934 i 1935. El 25 de març de 1949 va ser adquirit per la Creu Roja per a la ubicació de l'hospital que avui ens ocupa.

L'hospital és conegut per la gran majoria de ciutadans, ja que compta amb una llarga trajectòria; cal dir que a començament dels anys cinquanta a Palma únicament existia la Casa de Socors i l'Hospital de la Creu Roja, per atendre pacients sense recursos.

Tothom sap que l'organització Creu Roja és mundialment coneguda i gaudeix d'un prestigi envejable.

Entre els anys 1949 i 1970 es varen fer diverses ampliacions i reformes de les quals va quedar com a resultat un edifici de quatre plantes, amb la distribució següent:

- Planta baixa: consultes externes, raigs X, cuina, administració, capella, farmàcia, gimnàs, Fundació Kovacs i arxiu d'històries clíniques.
- Planta primera: hospitalització (31 llits), quiròfans, rehabilitació, despatxos de gerència, directora d'infermeria i director mèdic, treballadora social, supervisora de quiròfan, supervisora d'infermeria, governanta, box d'urgències.
- Planta segona: hospitalització (25 llits).
- Planta tercera: magatzems, bugaderia i taller de manteniment.
- Annex a l'Hospital de la Creu Roja, en un espai habilitat per l'Assemblea de la Creu Roja, es troba l'Hospital de Dia Geriàtric, el qual té àrees de rehabilitació, teràpia ocupacional i treball social.

4.1. La consulta externa de geriatria de l'Hospital Universitari Son Dureta

Ubicació: Consulta mèdica de l'Hospital de Dia Geriàtric

Recursos humans:

Metge especialista en geriatria

Auxiliar d'infermeria de suport

Suport del personal administratiu del servei d'admissió

Dies de consulta: dimarts i divendres de 9.00 a 14.00 hores

Taula 5 |

Activitat assistencial consulta ext. geriatria	Total consultes realitzades 2009	Primeres	Sucesives	No presentades	Ràtio Pr/Suc.
Nombre de consultes ateses	345	76	269	20	0,28

4.2. L'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma

ACTIVITAT DE L' ANY 2009

*HDDGCR

Introducció

L'equip de valoració i tractament geriàtrics de l'Hospital de Dia Geriàtric de la Creu Roja està compost per: un metge geriatre, una infermera de suport, auxiliars d'infermeria, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional i treballadora social a temps parcial.

L'horari assistencial és de 8 a 15 hores.

En la provisió de serveis es busca la sinergia amb serveis de l'Hospital de la Creu Roja i de l'Assemblea Balear de la Creu Roja i la coordinació amb la resta de serveis sanitaris i sociosanitaris del sector sanitari de Ponent i Tramuntana.

4.2.1. Dades d'activitat de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital Creu Roja. Any 2009

4.2.1.1. Dades sobre el procés de derivació de pacients a través de l'ESAD a l'HDDGCR:

Pacients acceptats per l'ESAD derivats de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma i que no han ingressat finalment8
Motiu de no ingressar a l' HDDGHCR:

Ingrés en un altre hospital.....	4
Negativa per part del pacient o la família.....	2
Èxitus previ a l'ingrés.....	2

4.2.1.2. Dades sobre l'activitat realitzada per l'equip de valoració geriàtrica (EVG) de l'HDDGCR (altes):

El nombre total de pacients de l'Hospital de Dia que han estat donats d'alta mèdica durant l'any 2009 ha estat de 102 i han ocasionat un total de 104 processos assistencials, que han produït una alta mèdica.

La mitjana de millora funcional, calculada com a diferència entre la puntuació de l'índex de Barthel a l'alta menys la puntuació d'aquest mateix índex a l'ingrés, ha estat de 12,3%.

4.2.1.3 Dades sobre l'activitat del treballador social de l'HDDGCR (altes):

Pacients valorats pel treballador social amb història social tancada el 2009.....	104
Pacients valorats pel treballador social amb història social pendent de resoldre durant el 2010	26
Pacients no valorats amb barem social i donats d'alta el 2009	3

- Distribució per sexe: sobre 102 pacients tractats el 2009:

Dones:..... 55 Homes: 47

- Distribució per edats: Sobre 104 altes mèdiques:

59-64 anys: 5
 65-74 anys: 25
 75-84 anys: 48
 85-94 anys: 25
 95-100 anys: 1

Mitjana d'edat: 78,63 anys.

4.2.2. Resum dels indicadors assistencials sanitaris:

4.2.2.1. Indicadors calculats segons dades de registre d'activitat i de valoracions realitzades per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR.

Període d'activitat: de l'1 de gener fins al 31 de desembre del 2009.

Dades obtingudes a partir del registre d'ocupació diari que es reporta a l'ESAD.

Sessions de valoració i tractament a pacients realitzades per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR.

Taula 6 |

Nombre de sessions realitzades	2991
Nombre de sessions realitzables per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR	3735
Número de sessions realitzables en funció de la capacitat màxima de l'HDDGCR	4980
Nombre de sessions citades no realitzades (no hi acudeix el pacient)	466
Taxa d'ocupació mitjana anual de l'HDDGCR	80%

4.2.2.2. Resum dels processos diagnòstics

Malaltia principal causant de l'ingrés (dades agrupades segons codi CIE-9)

Taula 7 |

Malaltia principal causant de l'ingrés	Nombre de casos	Percentatge
1. Malaltia articular degenerativa	13	12,38
2. Fractures i altres traumatismes	10	9,52
3. Mal. de Parkinson i altres síndromes parkinsonianes	8	7,61
4. Malalties psiquiàtriques	7	6,66
5. Malaltia vascular perifèrica	4	3,80
6. Demències	14	13,33
7. Malalties endocrinològiques i metabolisme	11	10,47
8. Malalties de l'aparell respiratori	2	1,9
9. Malalties cardíaques	3	2,85
10. Malaltia vascular cerebral i seqüeles	25	23,80
11. Altres processos	8	7,61
Total	105	100%

Síndromes geriàtriques causants de l'ingrés (no inclòs en el CIE-9) (resum)

Taula 8 |

	Freqüències	Percentatge
Síndrome no diagnosticada o ja referida pel diagnòstic CIE-9	28	26,7
Caigudes de repetició	6	5,7
Síndrome confusional aguda	9	6,7
Demència	1	1,0
Deteriorament cognitiu	1	1,0
Dolor crònic	1	1,0
Desnutrició proteicoal·lòrica	3	2,9
Incontinència fecal	1	1,0
Incontinència urinària	1	1,0
Immobilitat	17	16,2
Trastorn de l'equilibri i deambulació	35	33,3
Úlceres per pressió	4	3,8
Total	105	100,0

4.2.2.3. Segons indicadors de resultat

Dades obtingudes de la història clínica i informes d'alta que avaluen l'evolució i la resposta dels pacients al tractament realitzat per l'equip multidisciplinari de l'HDDGCR. S'han utilitzat escales de valoració funcional validades: índex Barthel i índex de Lawton, a l'ingrés i a l'alta.

Taula 9 | *Dades generals del procés de valoració i tractament*

Nombre de pacients diagnosticats de demència a l'ingrés	18
Nombre de pacients que han estat èxits	3

Taula 10 | *Evolució dels pacients ingressats a l'HDDGCR*

Perfil de pacient	N	Percentatge de pacients amb millora funcional
Nombre de pacients amb millora funcional a l'alta (global)	89	85,57%
Nombre de pacients diagnosticats de demència a l'ingrés amb millora funcional a l'alta	13	72%
Nombre de pacients no diagnosticats de demència amb millora funcional a l'alta	76	91,56%

4.2.2.4. Resum de les dades i els indicadors obtinguts segons la valoració i baremació social (sobre 101 valoracions)

- Situació sociofamiliar:

Poden atendre'l.....	24
Capacitat limitada de suport.....	26
Esgotament familiar.....	41
No té família directa/claudecació.....	10

- Convivència:

Viu amb la família de manera estable.....	37
Viu sol, però la família se'n responsabilitza.....	12
Viu amb familiars de 2n o 3r grau.....	11
Viu sol/amb assistent d'avançada edat, únic o malalt.....	41

- Grau de relació familiar:

Bona.....	39
Acceptable/mancada d'implicació.....	38
Poca relació/abandonament.....	18
No té família/maltractament.....	6

- Situació de l'habitatge

Bones condicions.....	31
Barreres arquitectòniques.....	63
Equipaments insuficients.....	5
Condicions d'insalubritat/no té habitatge.....	2

- Situació econòmica

Més de 600 €/mes.....	44
Entre 400-500 €/mes.....	46
Entre 300-400 €/mes.....	7
Menys de 300 €/sense ingressos.....	4

- Situació socioeconòmica del nucli de convivència

Més de 1.000 €/mes.....	45
Entre 500-1.000 €/mes.....	45
Entre 350-500 €/mes.....	9
Menys de 350 €/sense ingressos.....	2

- Atenció sociosanitària

No necessita atenció.....	2
Necessita atenció però disposa de recursos suficients.....	37
Necessita atenció, no disposa de recursos suficients.....	58
Impossibilitat de retorn al domicili.....	4

- Nivell de problemàtica social (sobre 104 valoracions)

7 a 14 (lleu).....	41
15 a 21 (moderat).....	53
22 a 28 (greu).....	7

- Recursos socials sol·licitats i gestions realitzades pel treballador social (sobre 101 valoracions)

Llei de dependència (LAPAD).....	47
Revisió de Llei de dependència (LAPAD).....	5
Residència pública.....	10
Centre de dia públic.....	37

Teleassistència	4
Menjar a domicili	5
Estada temporal	2
SAD públic	19
Programa d'ajuda mútua per a cuidadors	14
Altres gestions.....	9
Voluntaris	33

- Motiu d'alta social (sobre 101 valoracions)

Final de tractament	88
Ingrés hospitalari/hospital sociosanitari	9
Alta voluntària	2
Èxitus.....	3

- Relació dels diagnòstics socials

Taula 11 |

Diagnòstic social (dades agrupades)	Nombre de diagnòstics socials
Problemes relacionats amb l'habitatge	87
Problemes econòmics	24
Dificultats del pacient en relació amb la seva malaltia	50
Problemàtica laboral	2
Dificultats en les relacions socials	34
Problemes relacionats amb la falta d'autonomia	107
Problemes familiars	153

- Valoració de l'estat funcional

Taula 12 |

Estat general del pacient segons l'acompliment d'activitats de la vida diària	
Autònom	5
Necessita ajuda	93
Rehabilitable	85
No rehabilitable	41
Demència	28
Problemes de conducta	10
Dèficit auditiu important	16
Dèficit visual important	33
Dependència total	12

- Derivacions a l'alta de l'HDDGCR a altres serveis socio-sanitaris

Taula 13 |

Objectiu de la derivació a centres de dia	
Convalescència	27
Cures pal·liatives	1
Continuar la rehabilitació (manteniment habilitats adquirides)	94
Descans temporal del cuidador	61
Millora de l'organització del nucli de convivència/família	21
Espera temporal d'un recurs sol·licitat	22
Altres motius	4

Conclusió: Els pacients valorats de l'HDDGCR tenen una edat avançada i, a més, necessiten ajuda d'una altra persona per desenvolupar les ABVD en un grau més o menys alt. Els seus assistents primaris mantenen les cures amb un alt percentatge de sobrecàrrega. Els seus ingressos econòmics no solen ser suficients per cobrir necessitats amb recursos privats, d'aquí la sol·licitud de recursos públics que és necessari demanar.

4.2.2.5. Grau de satisfacció de l'usuari de l'Hospital de Dia Geriàtric de la Creu Roja

Taula amb el resum dels resultats de les enquestes entregades (73) i contestades (45). Aquests són els resultats de les enquestes de satisfacció realitzades durant l'últim any de funcionalment de l'HDDGCR.

El qüestionari es va administrar tant al pacient com al cuidador.

Taula 14 |

Pregunta	Negativa o (* nul·la)	Regular o (*poca)	Bona o (*bastant)	Excelent o (*molta)	NS/NC
Percepció sobre la informació rebuda en relació al procés assistencial	0	0	28	15	2
Percepció resposta assistencial a les necessitats	0	0	15	28	2
Percepció del tracte rebut pel metge i infermeria	0	0	10	33	2
Percepció del tracte rebut pels terapeutes	0	0	16	27	2

Percepció del tracte rebut pel treballador social	0	0	9	34	2
Percepció del menjar	0	1	33	8	3
Percepció envers la millora en l'autonomia personal (*)	1	9	24	10	1
Percepció sobre el tractament a seguir a l'alta	0	1	24	14	6
Percepció sobre la neteja	0	0	25	19	1

4.3 Unitat de llarga estada de l'Hospital Creu Roja

Taula 15 | *Dades de l'activitat assistencial de 2009*

	Total	Homes	Dones
Ingressos	36	18	18
Altes	37	10	27

Edat mitjana: 77 anys

Estada mitjana: 148 dies

Taula 16 | *Destinació a l'alta*

Èxitus	20
Domicili	3
Residència	11
Un altre hospital	3

Taula 17 | *Procedència dels pacients*

HUSD	7
FHSL	2
GESMA	20
HSJD	7

5. Hospital Sant Joan de Déu

L'Hospital Sant Joan de Déu fa cinquanta-cinc anys que assisteix persones de la nostra comunitat autònoma. Inicialment va néixer amb la pretensió d'assistir infants, per la qual cosa es va anomenar Hospital Infantil Sant Joan de Déu. L'any 1968 s'estableix un acord de col·laboració amb la Seguretat Social en matèria de traumatologia, ortopèdia i rehabilitació. L'any 1978 s'obre en el centre de Palma el Centre Assistencial de Patronat Obrer. L'any 2002 s'inicia l'activitat de geriatria i s'obre la unitat d'aguts geriàtrica i la unitat de mitjana estada. L'any 2005, coincidint amb el cinquantè aniversari de la seva obertura, s'inicien les obres d'ampliació de l'hospital.

Actualment l'hospital disposa de 150 llits i quatre línies assistencials ben diferenciades. Aquestes són les de traumatologia i ortopèdia, la de rehabilitació, la de cures especials i la de geriatria. Totes treballen amb la base d'un model d'assistència integral amb equips interdisciplinaris. A més d'aquestes tres línies, existeixen consultes externes de cardiologia, reumatologia, neurologia i neurofisiologia, així com servei de radiologia i laboratori.

La unitat de traumatologia i ortopèdia consta de tres quiròfans, una unitat de cirurgia sense ingrés (UCSI) i trenta llits d'hospitalització i consultes externes. L'any 2009 va realitzar un total de 3.513 intervencions quirúrgiques (1.915 amb ingrés i 1.608 ambulatories) i 33.699 consultes externes.

La unitat de rehabilitació té una àrea d'hospitalització amb trenta-sis llits, gimnàs i consulta externa. Es diferencien bàsicament dos tipus d'activitat assistencial. D'una banda, la neurorehabilitació i, d'una altra, la rehabilitació traumatològica. L'activitat que es desenvolupa en neurorehabilitació inclou la fisioteràpia, teràpia ocupacional, logopèdia i rehabilitació cognitiva, duta a terme per neuropsicòlegs. Al llarg de l'any 2009 es varen realitzar 11.661 consultes i 323.926 tècniques de rehabilitació i es varen atendre un total de 5.648 pacients.

5.1. La unitat de geriatria

Desenvolupa una important activitat assistencial i consta de les unitats d'ortogeriatrics, unitat geriàtrica d'aguts (UGA), unitat de mitjana estada o de recuperació funcional (UME), consulta externa i hospital de dia geriàtric.

1. La unitat d'ortogeriatrics assisteix els pacients amb fractura de maluc que ingressen per ser intervinguts. El model que s'ha escollit és el del geriatre que coordina tot el procés assistencial. És a dir, que quan ingressa el pacient realitza la valoració geriàtrica integral (biopsicosocial), prepara el pacient per a la intervenció i decideix juntament amb l'especialista en traumatologia el moment més adequat perquè aquesta es produeixi.

Una vegada realitzat l'acte quirúrgic, segueix el procés, actua sobre les complicacions mèdiques que es puguin produir i planifica el procés de recuperació funcional al costat del rehabilitador. Des de l'inici, ja es prepara l'alta hospitalària al recurs més adient segons les condicions del pacient. Aquesta unitat va assistir 111 pacients el 2008 i 144 el 2009.

2. La unitat d'aguts (UGA) atén pacients derivats des d'urgències dels diferents hospitals de la Seguretat Social o des de les consultes externes o hospital de dia del nostre hospital. S'hi tracten les malalties agudes o cròniques reaguditzades que es donen en pacients grans. Aquesta unitat consta de trenta llits. Durant l'ingrés del pacient, a més de tractar la malaltia que pateix, es dona tractament de fisioteràpia per evitar que el pacient es torni dependent o que empitjori aquesta situació si ja existeix. L'any 2008 els ingressos varen ser 394, amb 345 altes fora de l'hospital i 81 defuncions. El 2009 els ingressos són 337, amb 324 altes i 60 defuncions. L'índex d'ocupació d'aquesta unitat és del 80,9%, a causa que sovint els llits es veuen ocupats per pacients d'altres unitats.

3. La unitat de mitjana estada (UME) o de recuperació funcional és la unitat en què el pacient ingressa per rebre tractament rehabilitador bàsicament en dos tipus de processos. El primer és el de fractura de maluc que, per diferents motius, no pot realitzar l'esmentat tractament de manera ambulatoria i el segon per freqüència és el dels pacients que procedeixen d'altres unitats en les quals se'ls ha assistit i s'ha generat un dèficit funcional important, generalment secundari a enllitament prolongat. Aquesta unitat consta de deu llits, té un índex d'ocupació el 2009 del 216,6% i un total de 3.162 estades amb 33 altes.

4. L'hospital de dia geriàtric és un nivell assistencial al qual acudeix el pacient de manera ambulatoria des del seu domicili per rebre tractament de rehabilitació integral. Generalment són remesos des d'atenció primària o des d'hospitalització com a pas previ al domicili. Les patologies més prevalents són els accidents cerebrals vasculars, les fractures de maluc o altres processos traumatològics en recuperació com pròtesi de genoll, síndrome d'immobilitat, pacient amb caigudes freqüents i control de patologies com diabetis, hiper/hipotiroïdisme, malaltia de Parkinson o altres malalties que necessiten una vigilància més estreta. Disposa de vint-i-cinc places. Aquesta unitat té una àrea de teràpia ocupacional i una altra de fisioteràpia. Els professionals que la integren són un metge geriatre, un infermer, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta i auxiliars de clínica, així com treballadora social. L'horari és de les 8 a les 17 hores. El pacient esmorza i menja com a part del procés de recuperació funcional. L'assistència no és diària, llevat d'excepcions comptades, i els pacients hi solen acudir dos o tres dies per setmana. El nombre de sessions el 2008 va ser de 4.191 i el 2009 de 4.993.

5. La consulta externa de geriatria en el nostre hospital és relativament recent i té com a gran problema la falta de concert amb la Seguretat Social, malgrat els grans avantatges que ofereix davant un altre tipus de consulta. S'hi realitza, com en tot àmbit de la geriatria, una valoració geriàtrica integral, que és la gran eina amb la qual compta la

geriatria i que està sent descoberta i utilitzada cada vegada amb més freqüència en altres especialitats, si bé els geriatres la utilitzam a Espanya des de fa més de cinquanta anys (des del moment en què es desenvolupa la geriatria en aquest país). Els pacients hi acudeixen derivats des de les nostres pròpies unitats hospitalàries, bàsicament des de la UGA i la unitat d'ortogeriatria. El 2008 el total de consultes va ser de 449, amb una relació de 227 primeres i 222 segones consultes i el 2009 en va augmentar el nombre fins a un total de 566, repartides en 242 primeres visites i 324 successives. Com es pot veure, el nombre de consultes respecte d'altres especialitats és relativament baix.

6. La unitat de cures especials consta de quaranta llits d'hospitalització. S'hi assisteixen pacients de diferent índole. Una important proporció són pacients que hi acudeixen per problemes funcionals que dificulten la seva reinserció en el previ nivell assistencial. Es pretén millorar la seva capacitat funcional i alhora resoldre la seva situació social i proporcionar un nivell més adequat a les seves necessitats. Un altre grup són els pacients el problema dels quals és merament social. Un tercer grup són pacients amb síndromes geriàtriques la recuperació de les quals necessitarà una estada hospitalària més prolongada, per exemple, pacients ulcerats. I un quart grup són els pacients pal·liatius tant oncològics com no oncològics, és a dir, els que es troben en situació clínica al final de la vida (malaltia pulmonar avançada, insuficiència cardíaca avançada, cirrosi hepàtica, insuficiència renal avançada, demències molt evolucionades i malaltia cerebrovascular crònica). Per a aquests pacients, la nostra finalitat és aconseguir una mort digna: «mort lliure de destret evitable i sofriment per al pacient, família, assistents, d'acord amb els desigs del pacient i la família i tenint en compte uns estàndards clínics, culturals i ètics». (1)

Els professionals que treballen en la unitat són els següents: una geriatra, un equip de tretze persones format per infermeres i auxiliars, una treballadora social, dos fisioterapeutes a temps parcial, una terapeuta a les tardes i una logopeda també a temps parcial. Es compta a més amb l'ajuda inestimable de l'equip d'EAPS (equip de suport psicossocial), que intervé en els casos pal·liatius en els quals se sol·licita la seva ajuda, bé per donar suport al pacient, al familiar o a ambdós. La unitat consta de quaranta llits, dels quals trenta-sis estan distribuïts en divuit habitacions i després hi ha dues habitacions més, cada una amb un petit *hall* amb bany i dues habitacions individuals. Aquestes habitacions es reserven per als casos d'aïllament o bé per a pacients pal·liatius en fase terminal. Si en el moment no existeix cap d'aquests casos, les ocupen pacients d'una altra índole.

Quant al mode de treball, es realitzen reunions multidisciplinàries setmanalment, en les quals cada integrant de l'equip exposa l'evolució del pacient en el seu camp. Es prenen les decisions pertinents pel que fa a la cura i al tractament i s'intenta planificar l'alta. A més, es mantenen reunions amb famílies tant a l'ingrés com durant l'estada hospitalària, per valorar objectius i el seu compliment, alhora que se'ls brinda suport per organitzar i planificar l'alta.

Durant l'any 2008 es varen admetre 104 pacients, dels quals 72 procedien directament dels hospitals de referència (HSD, HSSL) o bé d'altres hospitals (HG, HJM) i la resta procedien d'altres unitats del nostre mateix hospital, bé d'ortogeriatria, d'unitat d'aguts o mitjana estada. Alguns casos fins i tot eren ingressats des de les nostres pròpies consultes externes de geriatria. L'estada mitjana era de 178,6 dies i hi va haver 49 defuncions. En total es varen generar 18.578 estades i l'índex d'ocupació va ser del 110,3%.

L'any 2009 va augmentar el nombre d'ingressos en la unitat, amb un total de 133. Això va ser possible gràcies al descens de l'estada mitjana per pacient, que va baixar a 151,4 dies i a l'augment de l'índex d'ocupació, que va ser del 111,6%

En total es varen generar 18.745 estades. El nombre de defuncions va ser de 50. Les estades llargues es deuen a la idiosincràsia de la nostra unitat, al fet de tenir una tipologia tan variada de pacients (pacients pal·liatius, juntament amb síndromes geriàtriques, problemes socials complicats i problemes funcionals). Moltes altes s'han aconseguit donar cap al medi residencial. Altres pacients han anat a domicili encara que han fet ús de les places d'hospital de dia, tant del nostre hospital com de l'Hospital de la Creu Roja, depenent de l'àrea.

El nombre d'èxits roman constant en els dos anys estudiats, malgrat que el nombre de pacients ha estat gran el 2009. Consideram que les dades són bones, ja que un gran percentatge dels nostres pacients són pal·liatius o bé pluripatològics complicats.

En la mateixa unitat hi ha una sala de teràpia, que s'utilitza per a les sessions de fisioteràpia (amb la qual cosa, a més, ajuda a descarregar el gimnàs de l'hospital) i teràpia ocupacional, així com per fomentar AVD com alimentació, higiene i lleure.

Està oberta de les 10 a les 18 hores.

En l'hospital hi ha una altra unitat que pertany a les cures especials, amb onze llits, però físicament és totalment independent i és la unitat de dany cerebral irreversible. S'hi troben els pacients en estat vegetatiu permanent.

6. Proposta de futur

Partint de la base que l'atenció geriàtrica és efectiva i eficient, creiem que cal qualificar i incorporar geriatres en els equips multidisciplinaris d'unitats assistencials que hagin demostrat eficiència des de l'evidència científica.

La valoració geriàtrica integral ha de ser aplicada en serveis de geriatria hospitalaris, amb equips assistencials complets.

Creiem que la via més eficaç per al desenvolupament de la geriatría ha estat la lligada a plans socio-sanitaris, tal vegada l'aspecte que necessita a hores d'ara més reforç seria la coordinació entre nivells assistencials.

Les mesures d'eficàcia han de centrar-se en la possibilitat de romandre en el medi domiciliari, de mantenir la capacitat funcional i d'aconseguir qualitat de vida centrada en el pacient i els seus cuidadors.

D'altra banda, en els propers anys el ciutadà veurà la combinació d'ajudes provinents del sistema d'atenció a la dependència amb les administrades pel sistema nacional de salut; creiem que aquest últim haurà d'esforçar-se per augmentar els recursos que ja han demostrat que prevenen la dependència, com són els recursos geriàtrics.

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (1996): *Pla Integral de les Persones Majors*. Palma: Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears.

Centro de documentación sobre el defensor del pueblo (OMBUDSMAN) y los Derechos Humanos (2000): *Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del pueblo.

Cruz, A. J. [et al.] (1994): «La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en Traumatología». *Anales de Medicina Interna*, 11, 273-277.

Donald, L. P.; Randall, C. (2003): «Measuring and improving the quality of Dying and Death». *Ann Intern Med*, 139 (5), 410-15.

Foster, A.; Young, J.; Langhome, P. (1999): «Systematic review of day hospital care for elderly people». *British Medical Journal*, 318, 837-841.

Forster, A. [et al.] (2008): «Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care». *Cochrane Database of Systematic Review*, 4.

Fundación Pfizer (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.

Geriatría XXI (2000): *Análisis de necesidades y recursos de una atención a las personas mayores en España*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: EDIMSA.

González-Montalvo, J. I.; Valero, C.; Regalado, P. J. (1996): «Valoración ortogeriátrica en el hospital general: beneficio del seguimiento geriátrico en las fracturas de cadera». *Revista española de geriatría y gerontología*, 31.

Hornillos, M.; Baztán, J. J.; González, J. I. (1996): *Hospitales de día geriátricos en España. Estructura y funcionamiento*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

IMSERSO (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

<<http://imsersomayores.csic.es/estadisticas/documentos/informe2002/inf2002pdf/vol1/capitulo1.pdf>> (juny de 2003).

Institut Balear d' Afers Socials (2001): *Pla Gerontològic*. Palma: Govern de les Illes Balear; Universitat de les Illes Balears.

Ministeri de Sanitat i Consum (1994): *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: INSALUD.

Ministeri de Sanitat i Consum (1996): *Criterios para la ordenación de los servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: INSALUD.

Reig, L.; Fernández, M.; Castellsagues, J. (1996): «Evaluación de un protocolo de tratamiento preoperatorio en ancianos intervenidos por fractura». *Revista española de geriatría y gerontología*, 31, 199-204.

Reuben, D. B. [et al.] (1995): «A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients». *The New England Journal of Medicine*, 332, 1345-1350.

Ruiperez, I. (2003): Adecuación de los servicios geriátricos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 38(5), 281-287.

Sánchez, P. [et al.] (1999): «Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur». *Revista española de geriatría y gerontología*, 34, 65-71.

Servei de Salut de les Illes Balears (2003): *Pla Sociosanitari de les Illes Balears*. Palma: IB-Salut.

Stuck, A. [et al.] (1993): «Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials». *Lancet*, 342: 1032-1036.

Subdirecció d'AP i 061 de l'IB-Salut (2004): *Definición del funcionamiento del circuito de derivación de pacientes a los hospitales de día geriátricos*. Palma: IB-Salut.

Vidán, M. [et al.] (1998): «Eficacia de la valoración geriátrica durante el ingreso hospitalario para cirugía de fractura de cadera en el anciano». *Revista española de geriatría y gerontología*, 33 Supl. 1, 27.

Winograd, C. H.; Stearns, C. (1990): «Inpatient geriatric consultation: challenges and benefits». *Journal of the American Geriatrics Society*, 38:926-932.

Autors:

MIQUEL JOSEP OLIVER RAMON

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Universitat Autònoma de Barcelona. Metge especialista en Geriatria. Unitat de Geriatria de l'Hospital Universitari Son Dureta. Coordinador de l'Hospital de Dia Geriàtric de l'Hospital de la Creu Roja de Palma. President de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

MARGARITA VIÑUELA BENÉITEZ

Salamanca, 1970. Especialista en Geriatria. Coordinadora de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatives de l'HSJD.

Vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Directora del I Curs Superior de Geriatria per a metges. GESMA 2004-2005.

Membre del Royal College of Physicians del Regne Unit.

NICOLÁS FLAQUER TERRASA

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa. Especialista en Geriatria. Coordinador assistencial de l'Hospital Sant Joan de Déu. Tresorer de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

**L'ATENCIÓ ALS MALALTS
D'EDAT AVANÇADA EN UN HOSPITAL
D'AGUTS DE L'ILLA DE MALLORCA:
L'HOSPITAL UNIVERSITARI SON DURETA**

L'atenció als malalts d'edat avançada en un hospital d'aguts de l'illa de Mallorca: L'Hospital Universitari Son Dureta

Jordi Forteza-Rey Borralleras
Irene Salaberry Navarro
Maria Magdalena Femenias Sureda

Resum

L'envelliment de la població repercuteix directament en la utilització dels recursos sanitaris, tant comunitaris com hospitalaris. Els hospitals d'aguts, com l'Hospital Universitari Son Dureta, varen ser dissenyats per atendre els pacients aguts i joves. L'any 2009 un 57% dels ingressos en aquest hospital, excloent-ne el pavelló maternoinfantil, varen ser de pacients més grans de 65 anys. Un 44% va correspondre a la franja d'edat de 65 a 74 anys, mentre que els més grans de 75 anys varen representar el 56%. El fet d'arribar a edats avançades, gràcies als avenços mèdics, comporta cronicitat, habitualment amb diverses malalties associades (pluripatologia).

En el grup de més grans de 65 anys, com a causa d'ingrés, la cardiopatia isquèmica i la bronquitis crònica predominen en l'home, la fractura de maluc en la dona i la insuficiència cardíaca, la causa més important d'ingrés, es reparteix uniformement en ambdós sexes.

El sistema sanitari ha d'adaptar-se per respondre a les necessitats actuals dels ciutadans, per canviar l'objectiu del segle XX, «curar», pel del segle XXI, «curar i cuidar». Per a això és necessària la integració real dels serveis sanitaris i socials, com també l'atenció primària i l'especialitzada. El canvi va més enllà de models organitzatius, es tracta d'un canvi cultural que té un impacte important.

Resumen

El envejecimiento de la población está repercutiendo directamente en la utilización de los recursos sanitarios, tanto comunitarios como hospitalarios. Los hospitales de agudos, como el Hospital Universitario Son Dureta, fueron diseñados para atender a pacientes agudos y jóvenes. En el año 2009 un 57% de los ingresos en este hospital, excluyendo el pabellón materno-infantil, fueron pacientes mayores de 65 años. Un 44% correspondió a la franja de edad de 65 a 74 años, en tanto los mayores de 75 años representaron el 56%. El hecho de llegar a edades avanzadas, gracias a los avances médicos, comporta cronicidad, habitualmente con varias enfermedades asociadas (pluripatología).

En el grupo de mayores de 65 años, como causa de ingreso, la cardiopatía isquémica y la bronquitis crónica predominan en el varón, la fractura de cadera en la mujer y la insuficiencia cardíaca, la causa más importante de ingreso, se reparte por igual en ambos sexos.

El sistema sanitario debe adaptarse para responder a las necesidades actuales de los ciudadanos, para cambiar el objetivo del siglo XX, «curar», al del siglo XXI, «curar y cuidar». Para ello es necesaria la integración real de los servicios sanitarios y sociales así como la atención primaria y la especializada. El cambio va más allá de modelos organizativos, se trata de un cambio cultural de amplio calado.

1. Introducció

Els últims anys la població espanyola ha sofert una important transformació, d'una banda, l'envelliment com a conseqüència d'una major esperança de vida, ja que, gràcies a diferents progressos (avenços mèdics, tecnològics, econòmics, millor higiene, millor alimentació), es viu més temps i amb millor qualitat. D'altra banda, hi ha un descens de la natalitat, cada vegada hi ha menys naixements als països desenvolupats. Segons l'Organització Mundial de la Salut, l'any 2005 l'esperança de vida a Espanya estava situada en els 80,3 anys de mitjana: 76,9 anys els homes i 83,6 anys les dones (1). Aquests dos factors provoquen que la piràmide poblacional tingui forma de bombeta, de manera que a les capes inferiors la franja és molt estreta, i a mesura que avançam en les edats ens trobam amb un major engrossiment.

Per situar l'entorn comunitari en què es mou l'Hospital Universitari Son Dureta és adient situar el context de l'envelliment a les Illes, i per això fem un extracte dels grans trets relacionats directament amb la salut que s'exposaren a l'anuari 2009 (2):

1. Les Illes Balears són una de les comunitats autònomes espanyoles amb una població menys envellida, encara que l'evolució de la seva dinàmica demogràfica no l'exclou de les tendències generals que podem observar a Espanya i als països més desenvolupats. El 13,75% de la població illenca té seixanta-cinc anys o més i una taxa de dependència respecte de la població en edat activa del 19,5%.
2. Les diferències entre les esperances de vida dels homes i les dones i la supermortalitat dels homes en edats joves posen de manifest el que alguns analistes han anomenat la feminització de la vellesa. Així, en aquest sentit, aquesta superioritat en el nombre de dones a les Illes Balears s'incrementa a mesura que avança l'edat, ja que, segons la revisió del padró de 2007, en les persones de vuitanta-cinc anys o més, corresponen 4,7 homes per cada 10 dones.
3. Un element que explica, en part, la situació de l'envelliment a les Illes Balears en relació amb altres comunitats autònomes és, sense cap dubte, l'existència d'importants i significatius fluxos immigratoris.
4. Des de la perspectiva de la distribució territorial de l'envelliment a les Illes Balears, cal assenyalar el següent: el 80% de la població gran de les Illes Balears resideix en un municipi urbà.
5. L'índex de dependència de les persones més grans de seixanta-cinc anys a les Illes Balears, segons dades de l'*Anuari de l'envelliment, Illes Balears 2008*, és del 16,45%, mentre que a Espanya l'índex és del 21,13%. Des del punt de vista de la salut és

important no convertir en sinònims envelliment i malaltia, error freqüent entre els professionals sanitaris que treballen als hospitals d'aguts. La raó és simple, cada vegada ingressen, com veurem en les dades aportades, més ancians i òbviament en situació «límit o extrema». En un ingrés hospitalari, situació puntual en la biografia de la vida d'una persona, i amb el model actual, és difícil fer-se una idea com era aquest ancià mesos o anys abans de l'ingrés. Per altra banda, solament l'atenció primària que vetlla per la salut comunitària té una perspectiva més real respecte al fet que ser un ancià no suposa estar malalt, si bé hom identifica la persona gran com un gran consumidor de recursos (visites, fàrmacs...).

Una persona gran sana és aquella que no pateix cap malaltia ni presenta cap grau de problemàtica funcional, social o mental. Una persona gran malalta és aquella diagnosticada d'algun procés agut o crònic però que no compleix criteris de pacient geriàtric. Un ancià fràgil és un ancià pluripatològic, amb problemes socials i sol ser dependent, fet que comporta una vulnerabilitat més gran i conseqüències clíniques adverses. Finalment el pacient geriàtric és el que presenta tres o més dels criteris següents: més gran de 75 anys, pluripatologia rellevant, malaltia principal amb caràcter incapacitant, patologia mental o problemàtica social en relació amb el seu estat de salut.

Als hospitals d'aguts, en funció d'aquesta realitat demogràfica, cada vegada s'ingressen més pacients d'edat avançada o malalts amb malalties cròniques, i es planteja la contradicció que la majoria dels hospitals d'aguts varen ser dissenyats la segona meitat del segle XX i es varen desenvolupar amb l'objectiu d'atendre la població «jove», a la qual s'havien d'aplicar els grans avenços de la medicina amb la funció de «guarir».

Amb l'objectiu de valorar al nostre medi, a l'HUSD (Hospital Universitari Son Dureta), l'impacte de l'envelliment en un hospital d'aguts que, a més, és l'hospital de referència de la nostra comunitat, hem analitzat els ingressos que s'hi han produït l'any 2009 i la seva relació amb l'edat. Cal destacar que l'HUSD inclou un pavelló maternoinfantil, el qual representa l'any 2009 un 25% dels ingressos.

Per a això hem utilitzat el CMBD (conjunt mínim bàsic de dades) que segons la normativa ha d'emplenar tot centre hospitalari en donar l'alta. Aquestes dades es recullen de l'informe d'alta, i els diagnòstics mèdics es codifiquen segons el CIE-9MC (classificació internacional de malalties; 9a revisió. Modificació clínica) (3). Poden registrar-se fins a 13 diagnòstics, si n'hi hagués, que acompanyin el diagnòstic principal o que motivà l'ingrés (aquesta ha estat la variable que hem utilitzat en l'anàlisi de dades).

Aquesta tasca la realitza el servei de codificació de l'hospital, i ho passa a suport magnètic.

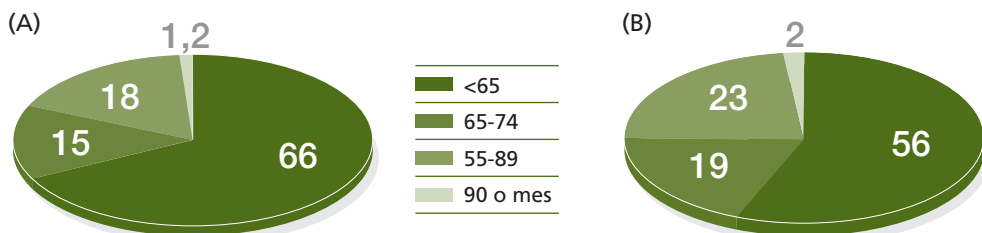
El paquet estadístic utilitzat és el SPSS-V17.0, i s'ha fet una anàlisi descriptiva.

2. Ingressos hospitalaris

Durant l'any 2009 es varen produir 26.164 ingressos, que, repartits per grups d'edat, corresponen un 66% a menors de 65 anys, un 15% a edats compreses entre 65 i 74 anys, un 18% a persones que tenen entre 75 i 89 anys, i un 1,1% a persones amb 90 o més anys. És important destacar que, si no incloem als ingressos els corresponents al pavelló maternoinfantil (parts i infants), el 57% d'ingressos varen ser de més grans de 65 anys, i d'aquests, un 56%, de més grans de 75 anys.

Al gràfic 1 es mostra la distribució dels ingressos per grups d'edat amb (A) i sense els ingressos de l'hospital maternoinfantil (B).

Gràfic 1 | *Ingressos per grups d'edat. (Percentatge) HUSD. 2009*



Els serveis amb més activitat en hospitalització l'any 2009 estan reflectits a la taula 1. Els ingressos del Servei de Medicina Intensiva no corresponen a la realitat, ja que el sistema de codificació solament comptabilitza el servei que dona l'alta hospitalària i, en el cas d'aquest servei, en la majoria de casos l'alta hospitalària la dona un altre servei.

Taula 1 | *Ingressos per serveis. HUSD. 2009*

Medicina Interna	MIR	2.508
Cardiologia	CAR	2.377
Obstetrícia	OBS	2.277
Pediatria	PED	2.064
Cirurgia Digestiva	CGD	1.749
Traumatologia	TRA	1.584
Digestiu	DIG	1.261
Neurologia	NRL	1.077
Pneumologia	NML	1.049
Urologia	URO	961
Ginecologia	GIN	910

Oncologia	ONC	820
Cirurgia Vasculard	ACV	815
Neurocirurgia	NRC	803
Psiquiatria	PSQ	744
Neonatologia	NEO	505
Otorinolaringologia	ORL	499
Cirurgia Pediàtrica	CPD	478
Cirurgia Maxil·lofacial	CMF	477
Cirurgia Cardíaca	CCA	473
Cirurgia Plàstica	CPA	460
Traumatologia Infantil	TRI	454
Nefrologia	NEF	454
Oftalmologia	OFT	320
Cirurgia Toràcica	CTO	308
Endocrinologia	END	263
Hematologia	HEM	238
Medicina Intensiva	MIV	222
Unitat del Dolor	UDO	14

A la taula 2 es pot observar la destinació a l'alta i la seva relació amb els grups d'edat.

Taula 2 | *Destinació a l'alta per grups d'edat*

	Grup d'edat				Total
	<65	65-74	75-89	>=90	
Domicili	16.463	3.477	3.931	215	24.086
	95,5%	90,3%	83,4%	59,2%	92,1%
Un altre centre	137	41	126	27	331
	,8%	1,1%	2,7%	7,4%	1,3%
Alta voluntària	174	10	18	0	202
	1,0%	,3%	,4%	,0%	,8%
Èxitus	277	181	315	68	841
	1,6%	4,7%	6,7%	18,7%	3,2%
Centre sociosanitari	189	140	322	53	704
	1,1%	3,6%	6,8%	14,6%	2,7%
TOTAL	17.240	3.849	4.712	363	26.164
	65,9%	14,7%	18,0%	1,4%	100,0%

El grup d'edat que a l'alta es traslladà amb més freqüència a un centre sociosanitari per a la convalsència o el programa de rehabilitació va ser el dels més grans de 74 anys. Un 3,2% d'aquests ingressos va morir durant l'estada a l'Hospital. Com era previsible, l'edat és un

predictor de mortalitat intrahospitalària (1,6% en menors de 65 anys; 4,7% en el grup de 65-74; 6,6% en la franja de 75 a 89; i 18,7% en els de 90 o més anys). De les 841 defuncions que es varen produir a l'Hospital, el 25,9% pertanyen al Servei de Medicina Interna, el 21,5% a la Unitat de Vigilància Intensiva, el 18,8% al Servei d'Oncologia, i la resta, a altres unitats hospitalàries, que en cap cas no superaren el 4,2% del total d'èxitus de Cardiologia (taula 3).

Taula 3 | *Morts per unitat/servei i grup d'edat*

Servei	Grup d'edat				Total
	<65	65-74	75-89	>=90	
MIR	16 (7%)	25 (11%)	128 (59%)	49 (22%)	218
MIV	92 (51%)	49 (27%)	40 (22%)	0	181
ONC	84 (53%)	47 (30%)	27 (17%)	0	158
CAR	9 (26%)	9 (26%)	14 (40%)	3 (9%)	35
HEM	14	8	11	0	33
NRL	2	3	21	3	29
DIG	9	8	8	2	27
NML	4	7	13	2	26
CGD	4	5	12	2	23
NRC	3	7	8	1	19
NEO	19	0	0	0	19
NEF	3	4	10	0	17
TRA	0	0	10	6	16
PED	13	0	0	0	13
ACV	2	4	6	0	12
URO	1	2	3	0	6
CTO	0	3	1	0	4
CPL	2	0	0	0	2
PSQ	0	0	1	0	1
ORL	0	0	1	0	1
CCA	0	0	1	0	1
Total	277	181	315	68	841

Per grups d'edat, un 45% de les defuncions que es varen produir en més grans de 75 anys corresponia a medicina interna, mentre que abans dels 75 anys els èxitus es produïen en major proporció a cures intensives i oncologia. Des de fa diverses dècades la tendència que l'escenari de la mort sigui l'hospital i no el domicili no ha deixat d'augmentar, fins i tot en els malalts en què aquest fet és previsible, atès el diagnòstic i l'evolució.

La unitat de cures pal·liatives ha cobert pel que fa als malalts oncològics (la nostra comunitat n'és pionera) gran part de les necessitats de l'atenció al final de la vida (4). No obstant

això, ha hagut de sortir a la llum pública a través dels mitjans de comunicació la forma en què s'atén al nostre sistema sanitari els ancians i crònics que es moren als hospitals d'aguts. Ens referim al cas del doctor Montes, de l'Hospital Severo Ochoa de Madrid (5), amb el qual es va posar de manifest aquesta situació. No és rar que els ancians i crònics en fase terminal morin als serveis d'urgències, habitualment sobresaturats, sense disponibilitat de llits a l'hospital i amb un entorn no adequat per al que s'ha denominat una mort digna (6). No disposam de dades del percentatge en què es produeix aquest fet, però res no ens fa pensar que no sigui similar al d'hospitals com el Severo Ochoa de Madrid.

2.1. Motiu d'ingrés per grups d'edat

La causa més freqüent d'ingrés a l'HUSD en el grup d'edat de menors de 65 anys fou la relacionada amb l'embaràs i el part, seguida de l'infart agut de miocardi (IAM), complicacions en els dispositius i/o tractaments, apendicitis, epilèpsia, cardiopatia isquèmica crònica i pneumònia.

En el grup de 65 a 75 anys, la cardiopatia isquèmica crònica és el diagnòstic més freqüent, seguit d'IAM, símptomes generals, bronquitis crònica i pneumònia. Quan vàrem analitzar el grup d'edat de 75 a 89 anys, la causa més freqüent d'ingrés fou la insuficiència cardíaca, seguida d'IAM, pneumònia, bronquitis crònica, cardiopatia isquèmica i malaltia vascular cerebral.

Té interès una subpoblació dels ancians, que són els nonagenaris. Diverses hipòtesis intenten explicar el fenomen de «resistència biològica», que probablement va més enllà dels hàbits de vida saludables i implica determinants genètics. Sigui pel motiu que sigui, atendre els nonagenaris als hospitals d'aguts no és actualment un fenomen excepcional. La primera causa d'ingrés en aquesta subpoblació és la fractura de maluc, seguida d'insuficiència cardíaca i pneumònia.

Si no comptabilitzam els ingressos maternoinfantils, les malalties cardiovasculars formen el grup més important com a responsable d'ingressos en tots els grups d'edat, amb la diferència que abans dels 75 anys predomina la malaltia coronària i després la insuficiència cardíaca.

Ambdues situacions són degudes a factors de risc cardiovascular compartits: hipertensió, tabaquisme, hàbits alimentaris no saludables i sedentarisme. El fet que actualment la mortalitat per cardiopatia isquèmica hagi disminuït gràcies als moderns tractaments invasius (en els quals l'HUSD té reconegut nivell d'excel·lència) comporta que en arribar a viure més anys claudiqui el cor i es visqui amb una malaltia, la insuficiència cardíaca, que és motiu de reingressos freqüents i deterioració de la qualitat de vida. Aquestes dades són especificades a la taula 4.

Taula 4 | *Principals causes d'ingrés per grups d'edat. HUSD. 2009*

Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos	Diagnòstic	Ingressos
Part amb/sense complicacions	2.743	C. isquèmica crònica	202	Insuficiència cardíaca	302	Fractura de fèmur	45
IAM	334	IAM	159	IAM	194	Insuficiència cardíaca	40
Complicacions als procediments	280	Síntomes generals	136	Pneumònia	181	Malaltia pulmonar	23
Apendicitis	278	Bronquitis crònica	132	Bronquitis crònica	180	Pneumònia	21
Epilepsia	274	Malaltia valvular cardíaca	119	Cardiopatia isquèmica crònica	178	Patologia del tracte urinari	14
Cardiopatia isquèmica crònica	263	Insuficiència cardíaca	112	Malaltia vascular cerebral	163	Ictus	12
Pneumònia	236	Malaltia vascular cerebral	108	Malaltia valvular cardíaca	142	Pneumònia aspirativa	8
Colelitiasi	212	Aterosclerosi	105	Fractura de fèmur	136	Complicacions als procediments	8
Quimioradioteràpia	197	Pneumònia	92	Complicacions	130	Neoplàsia de la pell	7
Bronquitis aguda	196	Colelitiasi	80	Arteriosclerosi	106	IAM	7
Grup <65		Grup 65-74		Grup 75-89		Nonagenaris	

La insuficiència cardíaca representà l'any 2009 prop del 4% dels ingressos, sent el paradigma de l'envelliment i la malaltia crònica. Si bé la insuficiència cardíaca és la «protagonista» que altera la qualitat de vida de l'ancià, aquesta gairebé sempre va acompanyada d'altres malalties cròniques, diabetis, hipertensió, demència, insuficiència renal, anèmia, etc.

L'HUSD, seguint l'exemple d'altres centres als països del nostre entorn econòmic i social, va engregar una Unitat d'Insuficiència Cardíaca (model d'atenció centrat en l'hospital) que en part ha donat resposta a una necessitat assistencial, però que exclou la major part de pacients amb insuficiència cardíaca, que no necessiten tecnologia sinó cures, sent l'àmbit comunitari l'ídoni per respondre a aquestes necessitats.

2.2. Hospitalització i gènere

En els ingressos en menors de 65 anys els homes representen el 49%, mentre que en el grup de 65 a 75 anys són el 63%, entre els 75 i els 90 anys, el 53%, i en el grup de 90 o més anys, són solament el 35% (el 65% dels ingressos són dones). Aquestes dades concorden amb el que hem comentat a l'inici sobre la major esperança de vida de les dones. Si comparam el motiu d'ingrés respecte al gènere, s'observen grans diferències. En el cas de la malaltia coronària, el 76,5% dels ingressats eren homes, sent aquesta diferència més important en la bronquitis crònica, el 83,2%. En la insuficiència cardíaca la proporció va ser similar: 47,3% d'homes enfront del 52,7% de dones, mentre que en la fractura de maluc hi ha un predomini clar de les dones (70,3% enfront del 29,7% d'homes). El patró de malaltia cardiovascular és distint entre dones i homes.

Hi ha diferències en la fisiopatologia de la malaltia, l'edat de presentació, la simptomatologia clínica, la diferent influència dels factors de risc i psicosocials, i en el pronòstic. Encara que les diferències trobades en l'esforç diagnòstic i terapèutic entre homes i dones han estat atribuïdes a tots aquests factors, una anàlisi amb un enfocament de gènere duu a preguntar-se si part de les diferències en la utilització dels diferents procediments pot ser explicada per un problema de desigualtat. S'entén aquí el gènere com «una construcció cultural i social en continu canvi, que assigna atributs i funcions diferents a homes i dones, i que pot establir desigualtats en matèria de salut, o el que és el mateix, pot marcar diferències innecessàries, evitables i injustes» (7).

En un treball realitzat als hospitals públics andalusos amb el CMBD es conclou que en l'hospitalització per síndrome coronària aguda, les dones accedeixen amb menor freqüència que els homes als procediments cardíacs intervencionistes. L'objectiu del nostre treball no era validar aquesta hipòtesi, però seria interessant conèixer si a la nostra comunitat se segueix aquesta tendència (8).

El predomini de la fractura de maluc en la dona està vinculat a l'osteoporosi i al fet d'arribar a edats avançades. Quant a la malaltia coronària i la bronquitis crònica, el predomini en homes està clarament associat al consum de tabac, fenomen relacionat amb la cohort de clar predomini de consum per part dels homes, patró que no correspon a l'època actual i que amb seguretat canviarà les causes d'ingressos hospitalaris en un futur pròxim en relació amb el gènere.

2.3. Pluripatologia i hospitalització

La Conselleria de Salut d'Andalusia l'any 2002 va integrar en el seu mapa de processos assistencials el pacient pluripatològic (PPP) (9). Pretenia identificar els pacients amb una especial fragilitat clínica, condicionada per la concurrència de determinats processos, i donar-los una resposta assistencial. Es tractava, tal com es recull en el document inicial, d'identificar i organitzar l'atenció de pacients amb malalties que no tenen cura, que generen deterioració progressiva i pèrdua gradual de l'autonomia, així com risc de sofrir diferents patologies interrelacionades, fets que ocasionen importants repercussions socials i econòmiques.

Per a això es varen agrupar les malalties en categories clíniques, tenint present no incloure els factors de risc més prevalents, sinó el dany sobre l'òrgan diana i la repercussió funcional que aquest genera. Les primeres publicacions i comunicacions que han utilitzat la definició proposada posen de manifest que, en l'entorn hospitalari, els criteris de pacient pluripatològic permeten identificar una població de més edat, major limitació funcional, major mortalitat i major consum de recursos. A més, la prevalença de pacients pluripatològics en serveis de medicina interna s'ha mostrat superior al 30% en serveis de medicina interna general i propera al 60% en serveis amb una orientació a pacients crònics. S'ha evidenciat, igualment, la gran utilitat de la definició per identificar a l'atenció primària un col·lectiu especialment fràgil, i ha permès seleccionar una població diana inferior a l'1,4% de la població general i a l'entorn del 5% de la població més gran de 64 anys. No obstant això, també s'ha posat de manifest que el problema de la pluripatologia no és exclusiu de l'edat avançada, ja que fins al 14% dels pacients pluripatològics tenen menys de 64 anys. La fragilitat dels pacients pluripatològics s'ha posat de manifest en els estudis realitzats, s'ha constatat que a l'atenció primària fins al 40% dels pacients pluripatològics presenten tres o més malalties cròniques, el 94% estan polimedicats, el 34% presenten un Barthel menor de 60, el 37% té deterioració cognitiva, més del 60% necessita cuidador i el 40% d'aquests tenen signes de sobrecàrrega; la majoria d'aquestes variables es relacionen amb la insuficiència sociofamiliar (10).

A l'annex 1 poden observar-se la categories que inclouen la definició de pluripatològic. S'exigeix que un pacient estigui almenys en dues categories. En la literatura científica mèdica el terme pluripatològic no està universalment acceptat, però cada vegada hi ha més publicacions que l'utilitzen i s'hi treballa d'una forma operativa, ja que reflecteix una realitat que cal abordar, de fet, recentment el Ministeri de Sanitat i Consum ha publicat un document titulat *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estandares y recomendaciones* (11).

Seguint la metodologia de M. F. Fernández Miera (12), consistent a convertir les dades del CMBD en les categories diagnòstiques de la definició de pluripatològic, hem analitzat la proporció d'ingressos amb aquestes característiques que es varen produir a l'HUSD (taula 5). Com pot apreciar-se, segueix una distribució similar a la ja publicada (10, 12), però ens

dóna una idea de la importància que tenen els malalts crònics avançats en la utilització d'un hospital la característica del qual és ser hospital d'aguts i d'alta tecnologia.

Taula 5 | *Percentatge de pacients pluripatològics segons el servei d'ingrés. HUSD. 2009*

	Ingressos	PPP*
MIR	2.508	40,00%
ACV	815	40,12%
CAR	2.377	36,10%
CCA	473	34,25%
CGD	1.749	11,38%
CMF	477	3,56%
CPL	460	1,74%
CTO	308	26,30%
DIG	1.261	25,85%
END	263	9,13%
HEM	238	16,39%
MIV	222	12,61%
NEF	454	35,46%
NML	1.049	30,22%
NRC	803	10,71%
NRL	1.077	14,02%
OFT	320	2,19%
ONC	820	35,49%
ORL	499	9,42%
PSQ	744	3,76%
TRA	1.584	6,19%
URO	961	13,74%

* Percentatge d'ingressos pluripatològics.

3. Nivell de dependència previ a l'ingrés i situació sociosanitària

Com s'ha vist més amunt, el Servei de Medicina Interna és el que atén els pacients de major edat i amb major comorbiditat. Per aquest motiu, els professionals que atenen aquests malalts, conscients que l'abordatge «biològic» és una forma reduccionista d'entendre la salut si no s'inclou el model psicosocial, en col·laboració amb un treballador social del centre varen dissenyar un estudi per valorar-ne el grau de dependència i la situació sociosanitària. Per a això es varen analitzar 1.000 pacients consecutius ingressats en aquest servei entre l'1 de juny de

2006 i el 30 de maig de 2007, i es valorà el seu nivell de dependència previ a l'ingrés amb l'escala de Barthel (activitats bàsiques per a la vida diària) i 13 ítems socio-sanitaris, en què s'inclouen: ser més gran de 75 anys, viure sol o amb un company ancià, reingrés en els últims trenta dies, demència, estat vegetatiu, ser un malalt oncològic amb cures pal·liatives, traumatisme en fase de rehabilitació, pluripatologia, úlceres per pressió, VIH, abandonament de persones grans, ser consumidor de tòxics i malaltia cerebrovascular (ECV) crònica amb seqüeles.

El fet que les dades corresponguin a l'any 2007 creiem que no n'invalida l'extrapolació a la situació actual, i dóna una visió més global de les dades que es reflecteixen de l'any 2009 (13).

Per tant, quan es faci referència als aspectes socio-sanitaris dels pacients ingressats, farem referència a aquesta mostra i no a la totalitat dels ingressos.

3.1. Nivell de dependència per a les activitats de la vida diària

La capacitat funcional és una mesura de salut de l'ancià, i té un valor pronòstic a curt i llarg termini quant a: mortalitat, consum de recursos, estada hospitalària, deterioració funcional durant l'hospitalització i al futur lloc de residència, bé domicili, bé institució.

Les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) són totes les activitats funcionals essencials per a l'autocura. Gairebé tots els instruments de valoració de les ABVD inclouen una combinació de les sis activitats bàsiques, com ara: vestir-se, rentar-se/dutxar-se, ús del lavabo, transferència/deambulació, continència i alimentar-se. Una de les eines més utilitzades en el diagnòstic de deterioració funcional del pacient d'edat avançada i que permeten avaluar les ABVD és l'índex de Barthel (14).

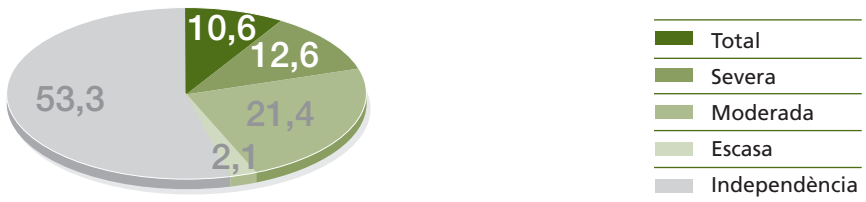
L'índex de Barthel (IB) és una mesura del nivell d'independència en ABVD. És l'escala de mesurament d'ABVD més coneguda, estudiada i difosa internacionalment. Va ser descrit per F. Mahoney i W. Barthel el 1965 (15) i va ser dissenyat per mesurar resultats del tractament rehabilitador en pacients incapacitats per processos neuromusculars i musculoesquelètics. Avalua deu àrees d'ABVD (menjar, traslladar-se entre la cadira i el llit, neteja personal, ús del bany, banyar-se, desplaçar-se, pujar i baixar escales, vestir-se i desvestir-se, control de l'intestí i de l'orina). La puntuació va de 0 a 100 (annex 1).

El rang de possibles valors de l'IB està comprès entre 0 i 100. De 0 a 20: dependència total, 21-60: dependència severa, 61-90: dependència moderada, 91-99: dependència escassa i 100: independència.

Al gràfic 2 es mostra el grau de dependència prèvia a l'ingrés de 1.000 pacients mesurada amb l'IB. L'IB va anar de la total dependència (IB 0-20) en el 10,6% de pacients, a la dependència severa (IB de 21-60) en el 12,6% de pacients, la dependència moderada

(IB de 61-90) en el 21,4% de pacients, la dependència escassa (IB 91-99) en el 2,1% de pacients i la independència (IB: 100) en el 53,3% de pacients. Com pot observar-se, un 23,2%, aproximadament un de cada quatre ingressats, tenien abans de l'ingrés, en condicions basals, una dependència total-severa, situació que habitualment s'agreuja amb l'ingrés hospitalari.

Gràfic 2 | *Ingressos Servei de Medicina Interna. Nivell de dependència*



4. Valoració sociosanitària dels pacients ingressats

Dels 13 ítems sociosanitaris els més prevalents en la nostra sèrie varen ser: més gran de 75 anys, pluripatologia associada, viure sol o amb un company ancià i reingrés (taula 6.)

Taula 6 | *Factors de risc sociosanitari. Ingressats al Servei de Medicina Interna (n = 1.000)*

Risc sociosanitari	Percentatge que estava present
Més gran de 75 anys	48%
Pluripatològic	46%
Viure sol o amb una persona gran	26%
Reingrés els darrers trenta dies	15%
Demència	8%
Ictus amb seqüeles	8%
Abús de substàncies	8%
Úlceres	2%
Estat vegetatiu	1%
Tract. oncològics pal·liatius	1%
Abandonament	1%
Traumatisme, fase de rehabilitació	1%
Sida	0,1%

La situació de la població gran a Espanya ha canviat òbviament per l'evolució demogràfica, la situació econòmica, el perfil dels grans i les característiques socials i familiars de l'entorn. La incidència de més grans de 75 anys en la nostra sèrie és molt alta, i probablement la majoria d'ells compleixin criteris de pacient geriàtric i, per tant, requeriran una valoració geriàtrica global mitjançant la valoració funcional, social i mental a part de la valoració clínica habitual, a través d'un procés multidimensional o interdisciplinari, per poder planificar una adequada alta hospitalària.

Els ingressos de pacients pluripatològics, com s'ha comentat més amunt, aquells que pateixen dues o més malalties cròniques de les categories definides, en aquesta mostra varen ser un 46%, una xifra una mica superior que la detectada quan es varen analitzar la totalitat d'ingressos.

Això probablement és degut al fet que es valorava el pacient durant l'ingrés, mentre que en la totalitat de les altes de l'any 2009 es va utilitzar la codificació de l'informe d'alta de forma retrospectiva. Sobre reingressos no existeix una definició unificada. En la nostra sèrie consideram reingressos els d'aquells pacients que reingressaven al cap de trenta dies de l'alta. Els reingressos són un fenomen relativament freqüent que es troba present en tots els serveis. Això ens fa plantejar-nos com a «normals» els reingressos en patologia crònica, ja que en el model assistencial actual els gestors es fixen més en les estades mitjanes que en el pacient crònic com un continu assistencial. En un nou model d'atenció al pacient crònic la disminució del nombre d'ingressos en hospitals d'aguts és un indicador de qualitat assistencial i de procés (11).

La demència és una síndrome clínica adquirida i progressiva caracteritzada perquè afecta les funcions intel·lectuals superiors. Quant a l'epidemiologia, l'únic factor que no es discuteix és l'edat, tots els autors estan d'acord que a partir dels 60 anys els quadres demencials són cada vegada més freqüents, fins al punt que a partir dels 65 anys la seva prevalença es duplica cada cinc anys. En la nostra sèrie la demència va ser identificada com a problema en el 8% dels pacients. En la pràctica clínica, entre els professionals sanitaris, hi ha una sèrie de barreres amb la demència avançada com són un rol no assumit, dèficit d'habilitats comunicatives, dificultat per establir pronòstic i falta d'elements clars en la presa de decisions. Les demències de la nostra sèrie eren severes i reconegudes pels familiars, la qual cosa fa que sigui una incidència infradiagnosticada.

Per altra banda, quan un ancià ingressa en un hospital d'aguts són freqüents els quadres de deliri que es confonen fàcilment amb la demència. El diagnòstic de demència no pot fer-se en un ancià amb malaltia aguda, i cal la informació prèvia a l'ingrés o la situació basal per poder donar aquest diagnòstic. La incidència en els ancians hospitalitzats de deliri és prou alta i de gran interès pronòstic (16) com perquè es prenguin mesures d'adequació de l'entorn hospitalari a l'ancià.

L'ingrés d'un pacient amb demència en un hospital d'aguts suposa habitualment un nivell molt avançat de la malaltia. En la nostra comunitat cal assenyalar l'absència d'un programa integral d'atenció als pacients amb demència. La fragmentació de l'atenció i l'absència de continuïtat assistencial són la norma, i es dona la paradoxa que en l'escassa xarxa sociosanitària de què disposem no estigui previst «qui i com» dona suport al pacient amb demència. Una mostra d'això pot observar-se a l'*Anuari de l'envelliment 2009* (17).

L'edat avançada, l'estada hospitalària perllongada, l'estat físic i de consciència alterada, la incontinença d'esfínters, la dificultat per a l'activitat i la mobilitat, propicien la formació de solucions de continuïtat dites úlceres per decúbit. Aquesta entitat marcadora de qualitat assistencial en els ancians és motiu d'atenció preferent als hospitals de la nostra comunitat pel que fa al personal d'infermeria, i s'obtenen resultats excel·lents.

No obstant això, probablement hi ha un biaix important, la literatura esmenta una prevalença del 8 al 12% en els hospitals d'aguts (18) i nosaltres reportam un 2%. Aquest fet probablement és degut a la circumstància que la recollida de dades la varen fer metges i no personal d'infermeria.

En el consum de tòxics s'inclouen drogues, alcohol i tabac. Probablement en la nostra sèrie l'alcohol és el tòxic més freqüentment consumit, ja que l'estudi es va fer al servei de medicina interna general i no es varen incloure pacients del servei de medicina interna de malalties infeccioses, on la politoxicomania té un paper relacionat amb l'ingrés. La incidència pot ser que no sigui la real, ja que menys de la meitat dels pacients alcohòlics que acudeixen a una consulta de medicina interna general són reconeguts com a tals pel metge que els atén. D'altra banda, el nombre de persones que no consumeixen alcohol és alt en els primers trams d'edat, descendeix en edats intermèdies i torna a augmentar a partir dels 55 anys, sent aquest patró vàlid tant per als homes com per a les dones.

La incidència dels pacients amb traumatisme en fase de rehabilitació, oncològics amb cures pal·liatives i en estat vegetatiu és baixa, probablement perquè aquests pacients solen ingressar en altres serveis, bé a oncologia mèdica o traumatologia, o bé directament en centres sociosanitaris especialitzats en oncologia pal·liativa, ortogeriatria o centres de llarga estada per a pacients dependents per a totes les ABVD o amb problemàtica social.

5. Viure sol o amb un company ancià

L'augment de l'esperança de vida de les persones grans ha dut a la circumstància que la major part de les persones amb edat avançada visquin en parella. N'hi ha un percentatge bastant baix que es troba vivint en una institució, ja que habitualment conviuen amb els parents o formen una llar unipersonal.

El 26% dels nostres pacients ingressats viuen sols o amb un cònjuge d'edat avançada. Segons el cens de 2001 de l'INE, a Espanya hi ha gairebé 7 milions de persones més grans de 65 anys. D'aquestes persones, la cinquena part viuen soles, la proporció és moltíssim més gran en el gènere femení (2 de cada 5).

Cal destacar que el 36% de les dones entre els 80 i els 84 anys viuen soles. Aquestes dades són degudes al fet que les dones tenen una major esperança de vida i, en moltes ocasions, quan enviduen decideixen quedar a la seva llar. La viduïtat és, amb diferència, l'estat civil més freqüent entre les persones grans que viuen soles. Cal destacar que, en molts casos, viure sol és una elecció personal de les persones grans que tenen salut i capacitat per fer-ho (19).

Els principals problemes que afecten les persones grans soles són, sobretot, la dependència i escassetat d'ingressos. La precarietat econòmica condiona la vida d'una gran part de dones, atesa la poca inserció laboral del sexe femení i atès que les pitjors pensions del sistema públic es concentren en aquesta població.

Diferents estudis demostren que la deterioració de la salut i la dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària són les raons bàsiques perquè les persones grans acceptin mudar-se al domicili filial o en una institució. En el món dels adults grans, la família és l'element primordial, ja que en moltes ocasions és la que suporta el major pes de l'assistència actual. Les demandes dels ancians són cobertes pels cònjuges; quan aquests desapareixen són els seus descendents, dones en la majoria, els encarregats de vetllar per ells. Cal afegir que algunes persones grans, per motius tan variats com la inexistència de fills o unes relacions familiars deficientes, es veuen obligades a desafiar els seus problemes de salut sense comptar amb més ajuda que la que presten els professionals sanitaris i dels serveis socials i, a tot estirar, algun veí o amic. Hi ha moltes persones grans en situació de risc social que no faran cap demanda quan estiguin hospitalitzades. Per aquests motius es recomana l'aplicació d'un programa social de detecció, que consisteix en l'aplicació de criteris de risc social sanitari validats. L'objectiu és identificar els problemes i dificultats de les persones grans ateses per avançar-se a probables dèficits socials deguts a la malaltia. L'acció es recolza en la necessitat d'identificar tan aviat com sigui possible el risc per prevenir el problema, i iniciar de seguida les gestions per solucionar-lo.

El procés d'envelliment ha imposat reptes als quals caldrà plantar cara per poder atendre aquestes persones que, en molts casos, trien lliurement quedar a la seva llar i al seu entorn, mentre la salut ho permeti. En aquests casos hem de complir els desitjos de romandre al domicili propi, proporcionant la màxima autonomia personal i els recursos comunitaris existents (servei d'ajuda a domicili, teleassistència, menjar a domicili, centre de dia). Un exemple més de la imprescindible necessitat del treball conjunt en l'àrea social i sanitària.

5.1. Abandonament de persones grans

La claudicació familiar fa anys no es contemplava, o era rara. Al contrari, l'existència d'una família suposava un alleugeriment per als professionals sanitaris, que donaven per descomptat el suport d'aquesta per a les atencions del familiar ancià malalt. No obstant això, les estructures socials han anat canviant i amb això la família. La incorporació massiva de la dona al món laboral, la transformació de les estructures familiars, l'augment de l'esperança de vida, els escassos recursos socials, en definitiva, els canvis socioculturals han plantejat un canvi en la forma d'actuar, ja que cada vegada més la família no pot atendre la persona gran. A pesar que tan sols 10 de 1.000 pacients presentaven una situació d'abandonament familiar, la claudicació familiar és un greu problema que cal prevenir, i és necessari un abordatge interdisciplinari, com també l'increment de programes socio-sanitaris específics de descans familiar, grups d'ajuda mútua, etc.

La claudicació familiar ha de ser entesa com la incapacitat d'oferir una resposta adequada a les necessitats de la persona gran dependent. Aquesta incapacitat es reflecteix en les grans dificultats que la família troba per mantenir una comunicació positiva amb el pacient. No tots els membres claudiquen alhora, sinó que els temps són diferents per a les diferents famílies i per als diferents membres en una família (20).

L'abandonament que es produeix en un centre hospitalari és la situació límit de la claudicació. La situació actual de crisi econòmica fa preveure, i de fet ja hi ha la sensació entre els professionals sanitaris que treballen en els hospitals, que augmenta l'abandonament de persones grans.

L'any 2009 va haver-hi ingressos a l'Hospital en què els familiars varen acudir a la porta d'urgències «remesos» pels serveis socials d'algun ajuntament, a causa de la impotència del treballador social per aconseguir recursos, amb el suggeriment «dueu-lo allà i alguna cosa faran».

Evidentment cal anar amb compte a convertir anècdotes en categoria d'evidències, però no hi ha dubte que cada vegada més cal complementar la informació quantitativa amb la qualitativa per analitzar els fenòmens que es produeixen al nostre entorn d'una forma ràpida.

6. Una visió crítica del model hospitalari

Com ja hem apuntat, els hospitals actuals es varen crear i varen créixer per a l'atenció de malalties agudes i amb l'objectiu de «guarir». L'expectativa que les noves tecnologies mèdiques, i en concret els grans avenços en diagnòstic i tractament que varen tenir lloc en

la segona meitat del segle XX, anaven a convertir als hospitals en centres d'aplicació de tècniques amb ingressos d'hores o uns pocs dies no s'ha complert.

Els nostres hospitals estan saturats per malalts ancians i/o amb malalties cròniques que ingressen i reingressen contínuament. Aquests pacients es veuen obligats a «creuar barreres» des del domicili (atenció primària) o bé des de la residència als serveis d'urgències, als reingressos hospitalaris freqüents i en ocasions amb estades en centres de subaguts i convalsència.

El fenomen que Rafael Bengoa (actual conseller de Salut del País Basc) denomina l'aparició i la desaparició per al radar del sistema de salut. Malgrat la complexitat que suposa l'adaptació del sistema sanitari a les necessitats que genera l'envelliment de la població, assumim la seva visió optimista de la situació. «L'impacte de les malalties cròniques serà molt positiu per al Sistema Nacional de Salut. Ens obligarà a prendre decisions que no s'haurien pres, principalment aquelles relacionades amb la reorientació del sistema a les necessitats del pacient i la integració de serveis. Aquestes malalties i les noves demandes que generen creen una pressió sana sobre un sistema immobilista» (21).

En aquest sentit ja hi ha iniciatives de canvi i/o elements dinamitzadors. El nou Hospital de Son Espases té prevista una Unitat de Pluripatològics, i dos centres de salut (Valldargent i Son Pisà) l'any 2009 han iniciat un programa pilot de continuïtat assistencial amb el Servei de Medicina Interna de l'HUSD (hospital d'aguts) i l'Hospital General de Mallorca (centre sociosanitari). La implantació de la targeta electrònica per a les receptes i la història informatitzada de salut l'any 2009, són dos elements clau per orientar les noves tecnologies al servei de les necessitats dels pacients i facilitaran sense cap dubte el canvi cultural dels professionals.

ANNEX 1. Definició de pacient pluripatològic

Categoria A:

1. Insuficiència cardíaca que en situació d'estabilitat clínica hagi estat en grau II de la NYHA.¹
2. Cardiopatia isquèmica.

Categoria B:

1. Vasculitis i malalties autoimmunitàries sistèmiques.
2. Malaltia renal crònica definida per l'elevació de creatinina (>1,4 mg/dl en homes o >1,3 mg/dl en dones) o proteïnúria² mantingudes durant tres mesos.

Categoria C:

1. Malaltia respiratòria crònica que en situació d'estabilitat clínica hagi estat amb dispnea grau 2 de la MRC,³ o FEV1 < 65%, o SaO2 < 90%.

Categoria D:

1. Malaltia inflammatòria intestinal.
2. Hepatopatia crònica amb dades d'insuficiència hepatocel·lular⁴ o hipertensió portal.

Categoria E:

1. Atac cerebrovascular.
2. Malaltia neurològica amb dèficit motor permanent que provoqui una limitació per a les activitats bàsiques de la vida diària (índex de Barthel inferior a 60).
3. Malaltia neurològica amb deteriorament cognitiu permanent, almenys moderat (Pfeiffer amb 5 o més errors).

Categoria F:

1. Arteriopatia perifèrica simptomàtica.
2. Diabetis mellitus amb retinopatia proliferativa o neuropatia simptomàtica.

Categoria G:

1. Anèmia crònica per pèrdues digestives o hemopatia adquirida no subsidiària de tractament curatiu que presenta Hb < 10 mg/dl en dues determinacions separades més de tres mesos.
2. Neoplàsia sòlida o hematològica activa no subsidiària de tractament amb intenció curativa.⁵

Categoria H:

1. Malaltia osteoarticular crònica que provoqui per si mateixa una limitació per a les activitats bàsiques de la vida diària (índex de Barthel inferior a 60).

(Ha d'estar almenys en dues de les vuit categories.)

1. Lleugera limitació de l'activitat física. L'activitat física habitual li produeix dispnea, angina, cansament o palpitations.
2. Índex albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminúria > 3 mg/dl en mostra d'orina o albúmina > 300 mg/dia en orina de 24 hores.
3. Incapacitat de mantenir el pas d'una altra persona de la mateixa edat, caminant en terreny pla, per la dificultat respiratòria, o haver d'aturar-se a descansar en caminar en terreny pla al propi pas.
4. INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dl, bilirrubina > 2 mg/dl.
5. Definida per la presència de dades clíniques, analítiques, ecogràfiques o endoscòpiques.

ANNEX 2. Escala de Barthel (activitats bàsiques de la vida diària)

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Menjar	- Totalment independent	10
	- Necessita ajuda per tallar carn, pa, etc.	5
	- Dependent	0
Rentar-se	- Independent: entra i surt sol del bany	5
	- Dependent	0
Vestir-se	- Independent: capaç de posar-se i de llevar-se la roba, embotonar-se, fermar-se les sabates	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependent	0
Arreglar-se	- Independent per rentar-se la cara, les mans, pentinar-se, afaitar-se, maquillar-se, etc.	5
	- Dependent	0
Deposicions (s'ha de valorar la setmana prèvia)	- Continència normal	10
	- Ocasionalment algun episodi d'incontinència, o necessita ajuda per administrar-se supositoris o lavatives	5
	- Incontinència	0
Micció (s'ha de valorar la setmana prèvia)	- Continència normal, o és capaç de tenir cura de la sonda si en duu	10
	- Un episodi diari com a màxim d'incontinència, o necessita ajuda per tenir cura de la sonda	5
	- Incontinència	0
Usar el vàter	- Independent per anar al bany, llevar-se i posar-se la roba...	10
	- Necessita ajuda per anar al bany, però es neteja tot sol	5
	- Dependent	0
Traslladar-se	- Independent per anar de la butaca al llit	15
	- Mínima ajuda física o supervisió per fer-ho	10
	- Necessita una gran ajuda, però és capaç de mantenir-se assegut tot sol	5
	- Dependent	0
Deambular	- Independent, camina tot sol 50 metres	15
	- Necessita ajuda física o supervisió per caminar 50 metres	10
	- Independent en cadira de rodes sense ajuda	5
	- Dependent	0
Escales	- Independent per baixar i pujar escales	10
	- Necessita ajuda física o supervisió per fer-ho	5
	- Dependent	0

Màxima puntuació: 100 punts (90 si va en cadira de rodes)

Resultat	Grau de dependència
<20	Total
20-35	Greu
40-55	Moderat
≥60	Lleu
100	Independent

Referències bibliogràfiques

1. Polo, M. P. (2005). *La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf> [Consultat el 15 de juliol de 2010].
2. Orte, C., i March, M.X. (2009). «La realitat de la gent gran a les Illes Balears». *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica*. Madrid: INSALUD.
4. Benito, E., Santamaría, J., Linares, A., García, E. i Romero, R. (2007). «Cuidados paliativos en Mallorca: la respuesta sanitaria al proceso terminal». *Medicina Balear*, 22, 21-27.
5. «Cronología del caso Severo Ochoa». *El País*. http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Cronologia/caso/Severo/Ochoa/elpepuesp/20070622elpepusoc_6/Tes [Consultat el 18 de juliol de 2010].
6. Lorda, P. S. (2010). *Muerte digna en España*. <http://www.ajs.es/downloads/vol1624.pdf> [Consultat el 18 de juliol de 2010].
7. Borrell, C. i Artacoz, L. (2008). «Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro». *Revista Española de Salud Pública*, 82, 241-249.
8. Aguado-Romeo, M. J., Márquez-Calderón, S. i Buzón-Barrera, M. L. (2006). «Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía». *Revista Española de Cardiología*, 59, 785-793.
9. Ollero, M., Cabrera, J. M., De Ossomo, M., De Villar, E., García, D., Gómez, E. [et al.] (2002). *Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
10. Ramírez, N. (2008). *Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos en atención primaria y en un servicio de Medicina Interna*. Tesis doctoral no publicada. Sevilla: Universidad de Sevilla.

11. *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estandares y recomendaciones* (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf [Consultat el 18 de juliol de 2010].
12. Fernández, M. (2008). «El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario». *Gaceta Sanitaria*, 22, 139-142.
13. Femenias, M. *Características sociosanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel*. http://ramcib.caib.es/esp/premios/resolucion_premios07.htm [Consultat el 18 de juliol de 2010].
14. Cid-Ruzafa, J. i Damián-Moreno, J. (1997). «Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel». *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
15. Mahoney, F. I. i Barthel, D. W. (1965). «Functional evaluation: the Barthel index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill». *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
16. Formiga, F., Marcos, E., Solé, A., Valencia, E., Lora-Tamayo, J. i Pujol, R. (2005). «Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica». *Revista Clínica Española*, 484-488.
17. Campos, E. i Mestre, C. (2009). «L'atenció sociosanitària a Mallorca». *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears).
18. Soldevilla, J. J., Torra i Bou, J. E., Verdú, J. i Martínez, F. (2006). «2º estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes». *Gerokomos*, 17 (3), 154-172.
19. López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor al alza*. Madrid: Colección Estudios. Personas Mayores.
20. Kornblit, A. (1984). *Somática familiar. Enfermedad crónica y familia*. Barcelona: Gedisa.
21. Bengoa, R. (2008). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Madrid: Elsevier Masson.

Autors

JORDI FORTEZA-REY BORRALLERAS

Palma 1951. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Central de Barcelona (1975). Màster en Salut Pública per la Universitat Lliure de Brussel·les (1985). Doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona (1991) (VIH i consum de heroïna). Des de 1980 és metge de plantilla del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Dureta (HUSD) i actualment és coordinador d'aquest servei. Ha estat professor associat i col·laborador del Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut i cap d'estudis de l'HUSD. Codirector de dues tesis doctorals.

Les seves línies de recerca han estat fins als anys noranta els problemes mèdics de les drogodependències, posteriorment la patologia cardiovascular, i des de l'any 2000 la insuficiència cardíaca i les malalties cròniques, juntament amb l'envelliment. Ha publicat més de trenta articles citats a PubMed relacionats amb aquestes àrees.

IRUNE SALABERRY NAVARRO

Palma 1980. Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (2001) i llicenciada en Sociologia per la Universitat de Barcelona (2008). Des de 2002 treballa com a treballadora social al Servei d'Atenció al Pacient de l'Hospital Universitari Son Dureta.

Professora de formació pràctica d'alumnes matriculats en el Pràcticum de Treball Social.

La seva línia d'investigació és l'aplicació del model integral biopsicosocial als pacients hospitalitzats, preferentment als crònics.

L'any 2008 va ser coautora del treball que guanyà el premi de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma, « Características socio sanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna».

Actualment col·labora en el projecte de la Unitat de Pluripatològics de l'Hospital Son Espases.

MARIA MAGDALENA FEMENIAS SUREDA

Palma 1974. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa (1998). Especialista en Medicina Interna (2007). Diplomada Universitària per la UAB en Edat Avançada i Pluripatologia (2009).

Des de 2007 ha treballat a la Unitat de Valoració Sociosanitària i a la Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Son Dureta. Actualment exerceix la seva tasca assistencial en l'àrea d'Hospitalització de Medicina Interna i participa en el projecte de continuïtat assistencial amb medicina comunitària.

L'any 2008 va ser coautora del treball que guanyà el premi de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma, « Características socio sanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna». Ha presentat 19 comunicacions a congressos, 8 de les quals com a primera signant, relacionades amb aspectes del diagnòstic clínic i la comorbiditat.

Ha obtingut la suficiència investigadora, i el seu projecte de tesi es relaciona amb factors pronòstics en nonagenaris.

**ESTRÈS EN PERSONES GRANS
HOSPITALITZADES: UNA VISIÓ DES DE
L'HOSPITAL SOCIO SANITARI**

Estrès en persones grans hospitalitzades: una visió des de l'Hospital Sociosanitari

Carmen Mas Tous

Maria Magdalena Medinas Amorós

Resum

Introducció: L'estudi de l'estrès durant l'hospitalització s'ha centrat principalment en els pacients ingressats en hospitals *d'aguts*, sense que s'hagi descrit el mateix fenomen en pacients crònics ingressats en centres sociosanitaris ni s'hagi relacionat amb factors psicossocials com la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). **Objectiu:** Estudiar la presència d'estrès i les estratègies d'afrontament en pacients amb malaltia respiratòria crònica (MPOC) a l'hospital sociosanitari i la seva relació amb la qualitat de vida abans de l'ingrés. **Materials i mètode:** n = 51 pacients amb MPOC varen ésser avaluats a l'Hospital Joan March amb l'escala d'estressors hospitalaris, l'escala de dispnea (MRC), el perfil de salut de Nottingham i una llista d'estratègies d'afrontament. **Resultats:** Els nivells d'estrès en els ancians hospitalitzats són menors que els obtinguts en mostres dels hospitals d'aguts independentment del grau de severitat de la MPOC ($p > 0,05$). Els pacients amb dispnea lleu presentaren més estrès ($p < 0,05$). Els pacients amb una mala qualitat de vida abans de l'ingrés mostraren un nivell d'estrès més gran durant l'ingrés ($p < 0,05$). Les estratègies d'afrontament basades en l'evitació són les més prevalents en l'adult gran hospitalitzat. **Conclusions:** L'estrès generat a la gent gran durant l'hospitalització dependrà de factors psicossocials (QVRS) alhora que estructurals (tipus de centre hospitalari) i de qualitat assistencial.

Resumen

Introducción: El estudio del estrés durante la hospitalización se ha centrado principalmente en los pacientes ingresados en hospitales *de agudos* sin que se haya descrito el mismo fenómeno en pacientes crónicos ingresados en centros sociosanitarios ni se haya relacionado con factores psicossociales como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Objetivo:** Estudiar la presencia de estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad respiratoria crónica (EPOC) en el hospital sociosanitario y su relación con la calidad de vida antes del ingreso. **Materiales y método:** n = 51 pacientes con EPOC fueron evaluados en el hospital Joan March (Baleares) mediante la escala de estresores hospitalarios, la escala de disnea (MRC), el perfil de salud de Nottingham y una lista de estrategias de afrontamiento. **Resultados:** Los niveles de estrés en los ancianos hospitalizados son menores que los obtenidos en muestras de los hospitales de agudos independientemente del grado de severidad de la EPOC ($p > 0,05$). Los pacientes con disnea leve presentaron más estrés ($p < 0,05$). Los pacientes con una mala calidad de vida antes del ingreso mostraron un mayor nivel de estrés durante el ingreso ($p < 0,05$). Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación son las más prevalentes en el adulto mayor hospitalizado. **Conclusiones:** El estrés generado en el anciano durante la hospitalización dependerá de factores psicossociales (CVRS) a la vez que estructurales (tipo de centro hospitalario) y de calidad asistencial.

1. Introducció

La configuració física i social dels hospitals duu implícita la possibilitat d'introduir efectes psicològics adversos en les persones que s'hi atenen. La seva configuració com a potencial font d'estrès, a més de les seves possibles conseqüències físiques, psicològiques i socials, han estat descrites i analitzades per diversos autors al llarg dels anys. De fet, Barr¹ ja va advertir de l'alt preu que els pacients havien de pagar per l'aplicació de les modernes tècniques i cures de la medicina. Un estudi de Schimmel² observà que el 20% dels pacients que ingressaven en un hospital podien arribar a patir efectes adversos, excloent-ne els factors relacionats amb errades diagnòstiques, tractaments o alteracions psiquiàtriques no específiques. Aquests treballs varen concloure, a més, que un 50% dels pacients estudiats consideraven insatisfactori el nivell de comunicació amb el personal que els atenia, la qual cosa contribuïa a provocar ansietat en els pacients, la qual empitjorava la seva salut i allargava l'estada hospitalària.³ Per part seva, Volicer i Bohannon⁴ detectaren la presència d'estrès durant l'hospitalització i identificaren com a estressors propis de la rutina hospitalària els relacionats amb les dificultats per obtenir informació sobre els processos terapèutics, el desconeixement de les conseqüències de la malaltia, els perills que implicaven les proves realitzades, la manca d'espai íntim a l'habitació, la utilització de l'argot mèdic, el desarrelament de la família, la feina, els amics, etc. Sobre la base d'aquest treball elaboraren l'escala d'estressors hospitalaris (*Hospital Stress Rating Scale*), que està traduïda al castellà,⁵ i la seva posterior factorialització.⁶ Posteriorment, juntament amb altres autors en treballs publicats entre 1977 i 1978, incorporaren l'estudi dels factors cardiovasculars, sociodemogràfics i les alteracions psicològiques prèvies a l'ingrés,⁷ gravetat de la malaltia i presència de dolor com a variables moduladores, i afirmaren que algunes d'aquestes actuaven com a predictores del nivell d'estrès experimentat durant l'hospitalització.⁸

D'altra banda, l'obligació d'adoptar un paper passiu i obeir les instruccions del personal sanitari es potencien durant l'hospitalització,⁹ considerant-se la dependència com l'única conducta associada al pacient quan ingressa, la qual cosa el converteix en algú que únicament està allà per rebre cures, no per participar en aquestes, la qual cosa li genera una vertadera «devaluació» tant personal com psicosocial.¹⁰ Per part seva, Rodríguez-

¹ Barr (1955).

² Schimmel (1964).

³ Barnes (1961); Mathew (1962).

⁴ Volicer i Bohannon (1975).

⁵ Kendall (1987).

⁶ Ferrer et al. (1992).

⁷ Volicer i Burns (1977); Volicer, Isenberg i Burns (1977).

⁸ Volicer i Volicer (1978).

⁹ Tagliacozzo i Ima (1970).

¹⁰ Taylor (1986).

Marín¹¹ i Rodríguez-Marín i Zurriaga¹² analitzen en profunditat els factors emocionals i estructurals relacionats amb el medi hospitalari, com l'aïllament, la despersonalització, la pèrdua d'intimitat, la limitació de la mobilitat, la reglamentació de les activitats, la dependència forçosa, el nivell d'informació deficient, etc., que exigeixen al pacient una adaptació ràpida i efectiva en el menor temps possible, aprehent normes noves, conductes i fins i tot modificant la seva escala de valors.

Això no obstant, el concepte tradicional d'hospital *d'aguts* en el qual s'ha fet la major part dels estudis anteriors s'ha vist superat per les noves formes d'estructuració i organització de les institucions sanitàries especialitzades. Així, amb l'objectiu de cobrir les necessitats assistencials concretes d'una població de gent gran i amb patologia cronicada, han sorgit centres assistencials —els hospitals sociosanitaris— especialitzats a tenir-ne cura.

Entre els usuaris més habituals d'aquests hospitals s'hi troben els pacients que pateixen malalties respiratòries cròniques que requereixen diversos ingressos anuals per a la recuperació. Entre aquestes patologies, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és la més habitual, amb un 9,1% de prevalença a Espanya.¹³ El pacient amb MPOC presenta, tant abans com durant l'ingrés, greus dèficits tant de caràcter físic com psicosocial i emocional,¹⁴ a la qual cosa hem d'afegir la pèrdua progressiva de la mobilitat física, que repercuteix finalment en la seva qualitat de vida i en les relacions socials i familiars una vegada sigui donat d'alta.¹⁵ A més, Andenaes i Kalfoss¹⁶ objectivaren la presència de graus elevats d'estrès en pacients amb MPOC hospitalitzats, i concloueren que un 58,7% mostrava diferents graus d'estrès en comparació amb els no hospitalitzats. Posteriorment, en l'estudi de seguiment (nou mesos posteriors a l'hospitalització),¹⁷ observaren una disminució de l'estrès, per la qual cosa dedüren que aquest trastorn clarament havia estat provocat per la mateixa situació d'ingrés hospitalari.

En concordança amb el que s'ha exposat anteriorment, les condicions d'organització i estructurals dels hospitals sociosanitaris, on ingressen els pacients amb MPOC, són pràcticament les mateixes que en els hospitals *d'aguts*, per la qual cosa, presumiblement, el fet d'estar hospitalitzat constitueix una situació anòmala i potencialment estressant per a la vida d'aquests pacients en concret. No obstant això, els treballs publicats sobre els efectes adversos de l'hospitalització se centren únicament en pacients *aguts* que necessiten l'atenció sanitària proporcionada en aquest tipus d'hospitals, sense que s'estableixin en la literatura científica estudis que analitzin aquest fenomen en els hospitals sociosanitaris ni en

¹¹ Rodríguez-Marín (1986); (2003).

¹² Rodríguez i Zurriaga (1997).

¹³ Feedland et al. (2003).

¹⁴ Jones (2001).

¹⁵ Reardon et al. (2005).

¹⁶ Andenaes, Kalfoss i Wahl (2006).

¹⁷ Andenaes et al. (2006)

pacients grans amb malalties cròniques com la MPOC. Així, l'objectiu del nostre estudi va ser determinar el nivell d'estrès provocat per la situació d'hospitalització en pacients amb MPOC ingressats en un hospital sociosanitari de mitjana estada, per descriure posteriorment quines són les seves característiques més rellevants, els factors iatrogènics potencialment estressants en el medi sociosanitari, identificar les estratègies d'afrontament més representatives utilitzades per aquests pacients durant l'ingrés i analitzar la seva relació amb la qualitat de vida prèvia de què gaudien abans de l'ingrés.

2. Materials i metodologia

La mostra

Aquest estudi es va desenvolupar amb una mostra total de cinquanta-un pacients hospitalitzats (trenta-vuit homes i tretze dones), amb diagnòstic de MPOC amb diferents graus de severitat¹⁸ ingressats a l'Hospital Joan March de Bunyola, Mallorca. La mitjana d'edat de la mostra de pacients va ser de 73,43 anys (DE = 9,12 anys) amb un rang que oscil·la entre els 60 i els 87 anys. Els pacients foren en la gran majoria homes, casats o amb parella (50%), majoritàriament jubilats (47,1%), amb un nivell d'estudis mitjà (45,1%) que conviuen amb els seus familiars (parella/fills) (70,6%) i amb una mitjana de 3,2 ingressos anuals deguts a exacerbacions de la MPOC. Pel que fa a les característiques clíniques, els pacients de la mostra presentaven un nivell mitjà de dispnea de 3 (severa) i grau mitjà de severitat de la MPOC (FEV1%ref.) de 37,88 (considerat com a MPOC greu).

Instruments

Els pacients foren avaluats mitjançant els instruments següents:

- *Història clínica*: Hi figuren les dades relatives a l'edat, el sexe, l'estat civil, l'ocupació, la convivència, el nivell educatiu i la quantitat d'ingressos previs.
- Com a mesura de la *severitat* de la malaltia respiratòria, es va registrar el valor FEV1% ref. (volum respiratori en el primer minut, percentatge respecte a valor de referència) proporcionat per l'espirometria establert per la ATS/ERS.¹⁹
- L'escala d'estrès *hospitalari* de Volicer i Bohannon (Hospital Stress Rating Scale): composta per quaranta-nou ítems en una escala tipus Likert de nou punts (1 «gens estressant», 9 «molt estressant»). Quant a la puntuació, vàrem aplicar la correcció

¹⁸ Alonso, Prieto i Antó (1994).

¹⁹ Celli i MacNee (2004).

proposada per Volicer i Bohannon a més d'obtenir deu subescales corresponents a l'estudi de factorialització realitzat per Ferrer, Fornés, González i Manassero; aquestes són: *pèrdua de control sobre l'ambient, canvi d'hàbits, pèrdua de control sobre la malaltia i les seves conseqüències, pèrdua de la intimitat, absència de respostes adequades a les demandes, aïllament, por de les conseqüències de l'hospitalització, separació de la parella, pèrdua d'autonomia i despersonalització.*

- Llista d'estratègies d'afrontament d'elaboració pròpia a partir de les mesures desenvolupades per Folkman i Lazarus²⁰ i Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig i Pastor.²¹ Les formes d'afrontament resultants s'agruparen en vuit estratègies: *evasió, resignació, pensaments desideratius, pensaments positius, suport social, recerca de solucions, religiositat i retraïment.* La modalitat de resposta va ser dicotòmica (sí o no) en funció de si el pacient havia posat en pràctica alguna de les formes d'afrontament presentades en la llista.
- *Qualitat de vida relacionada amb la salut:* Avaluada mitjançant el perfil de salut de Nottingham (NHP): qüestionari amb trenta-vuit ítems que valoren la QVRS general a través de les dimensions següents: *mobilitat física, son, dolor, reaccions emocionals, energia i aïllament social.* Puntuacions elevades indiquen un empitjorament en la qualitat de vida general. Les puntuacions responen a un percentatge de 0 (cap afectació) a 100 (gran afectació de la QVRS).

Procediment

La selecció de la mostra i la recollida posterior d'informació es va fer a la Unitat de Pneumologia de l'Hospital Sociosanitari Joan March de Mallorca. Abans d'iniciar l'estudi es va sol·licitar l'autorització del Servei de Pneumologia i dels mateixos pacients a través d'un *consentiment informat* alhora que es respectaren tots els principis ètics que regeixen la política del centre hospitalari públic. Durant la primera entrevista es varen registrar les dades sociodemogràfiques, clíniques i el consentiment informat. A la segona entrevista (segona setmana d'ingrés) es realitzaren els qüestionaris i les escales descrits anteriorment. Tota l'avaluació es va realitzar a l'habitació del pacient i en absència del company/a d'habitació per garantir la confidencialitat i la correcta realització de les proves.

Disseny

Les dades recollides foren analitzades amb el programa estadístic SPSS 12.5. Per a l'estudi de l'estrès, les variables sociodemogràfiques i l'afrontament es va realitzar un estudi

²⁰ Lazarus i Folkman (1986).

²¹ Rodríguez-Marín et al. (1992).

descriptiu mitjançant l'anàlisi exploratòria de dades (EDA). Una vegada analitzades les distribucions de les variables per comparar, es va portar a terme el contrast d'hipòtesis (comparacions dos a dos i/o múltiples) de les variables *grau de severitat*, *qualitat de vida* i *nivell de dispnea* utilitzant les vies paramètrica (grau de severitat i qualitat de vida) i no paramètrica per al nivell de dispnea. El nivell de significació es va establir en $p < 0.05$.

3. Resultats

Nivell d'estrès i característiques específiques dels estressors

Prenent com a referència l'estudi de factorialització de Ferrer et al., comentat anteriorment, els ítems que componen l'escala d'estrès hospitalari s'agruparen en deu factors a més d'una puntuació total mitjana. La taula 1 presenta la valoració del grau de malestar ocasionat pels estressors hospitalaris.

Taula 1 | *Puntuacions mitjanes obtingudes per a tots els factors del qüestionari HSRS (en ordre descendent)*

FACTORS (ordre descendent)	Mitjana dels ítems	Desviació estàndard	Rang de puntuació
1. Canvis en els hàbits	4,72	11,19	7-63
2. Pèrdua de control sobre l'ambient	4,70	11,95	8-72
3. Pèrdua de la intimitat	3,56	6,98	7-63
4. Despersonalització	3,07	5,43	5-45
5. Pèrdua de control sobre la malaltia i les seves conseqüències	3,06	8,51	3-27
6. Aïllament	2,83	7,23	5-45
7. Absència de respostes adequades a les demandes	2,82	7,75	5-45
8. Por de les conseqüències	2,80	6,56	4-36
9. Separació del cònjuge	2,39	5,17	2-18
10. Pèrdua d'autonomia	2,29	4,27	3-27
Puntuació total d'estrès	168	51,97	49-441

Com pot observar-se en aquesta taula, la puntuació total del qüestionari d'estrès presenta un valor situat per davall de la puntuació mitjana teòrica total del qüestionari HSRS (220,5 punts). Els pacients atorguen més poder estressant als ítems relacionats amb *el canvi d'hàbits*, *la pèrdua de control sobre l'ambient* i *la pèrdua de la intimitat*.

Taula 2 | *Resum de les puntuacions mitjanes més elevades dels ítems del qüestionari HSRS*

Factor	Ítem	Pregunta	Mitjana	Desv. est.
Pèrdua de la intimitat	44	Tenir un company d'habitació desagradable.	6,01	2,31
	30	Tenir un company d'habitació greument malalt o que no pot parlar.	5,50	2,62
	32	Veure que el personal sanitari va de bòlit.	3,45	2,29
Canvi d'hàbits	16	Romandre al mateix llit o habitació tot el dia.	5,82	2,57
	24	Estar a l'hospital durant les vacances o dates assenyalades per a la família.	5,43	2,64
	15	Dormir en un llit distint de l'habitual.	4,13	2,55
Pèrdua de control sobre l'ambient	10	Que faci massa fred o calor a l'habitació.	5,70	2,22
	25	No saber quan li faran coses.	4,00	2,31
Por de les conseqüències	40	Ser hospitalitzat de sobte quan no s'esperava.	4,52	2,57
Despersonalització	11	Rebre cures d'un metge desconegut.	4,35	2,37
Pèrdua de control sobre la malaltia	28	Saber que es pateix una malaltia greu.	4,33	2,68
Pèrdua d'autonomia	43	Haver de rebre ajuda per poder rentar-se.	4,15	2,46
Absència de resposta a la demanda	47	Que no responguin al botó de crida.	3,92	2,82
	48	No rebre medicació contra el dolor quan se'n necessita.	3,90	3,10
Separació del cònjuge	38	Preocupar-se per estar separat/ada del cònjuge.	3,74	2,82
Aïllament	3	Que els amics no et visitin.	3,45	2,54
	4	No poder telefonar a la família o als amics.	3,88	2,80

Taula 3 | *Factors d'estrès hospitalari en diferents estudis*

Factors més estressants (Volicer i Bohannon 1975; Kendall 1987)	Factors més estressants (Ferrer et al. 1992)	Factors més estressants al nostre estudi
Pèrdua de control sobre la malaltia	Pèrdua de control sobre la malaltia	Canvi d'hàbits
Pèrdua de control sobre l'ambient	Pèrdua de la intimitat	Pèrdua de control sobre l'ambient
	Absència de resposta adequada a la demanda	Pèrdua de la intimitat
Factors més poc estressants (Volicer i Bohannon 1975; Kendall 1987)	Factors més poc estressants (Ferrer et al. 1992)	Factors més poc estressants al nostre estudi
Canvi d'hàbits	Canvi d'hàbits	Pèrdua d'autonomia
Pèrdua de la intimitat	Despersonalització	Separació de cònjuge
	Aïllament	Por de les conseqüències
		Absència de resposta adequada a la demanda

D'altra banda, a l'estudi detallat dels ítems (taula 2) destacam la baixa puntuació obtinguda en el factor pèrdua d'autonomia i els ítems associats a aquest (44 i 30) i al canvi d'hàbits, en què els ítems amb puntuacions més altes es relacionen amb la modificació de factors ambientals propis d'estada a l'hospital (ítems 16, 24 i 15). Els resultats obtinguts en altres mostres de pacients ingressats en hospitals d'aguts es presenten a la taula 3.

Estratègies d'afrontament

Entre les estratègies d'afrontament estudiades, la resignació, el retraïment i l'evasió són les utilitzades per més del 50% dels pacients amb MPOC ingressats, encara que hem de destacar l'ampli ús de formes d'afrontament basades en la recerca de suport social. Les formes d'afrontament basades en la *recerca de solucions* i *els pensaments positius* presenten percentatges d'utilització molt baixos. Finalment, hem de destacar que la religiositat obté proporcions relativament altes d'ús (taula 4).

Taula 4 | *Freqüència d'ús de les diferents estratègies d'afrontament*

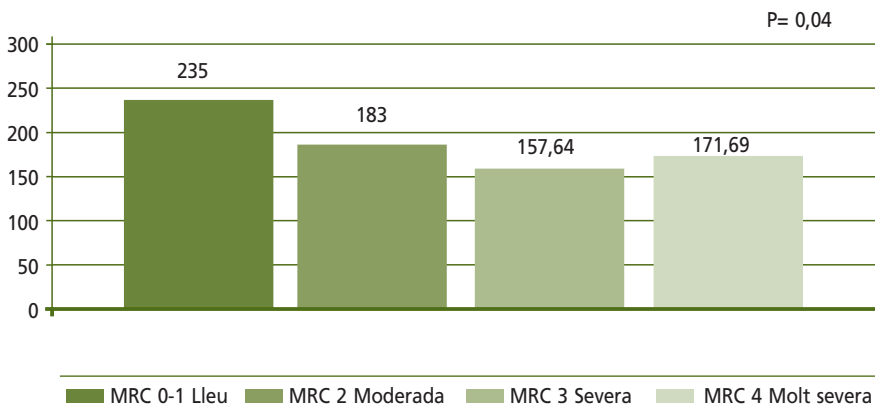
Forma d'afrontament		Freq.	%
Evasió	Intento oblidar-me de tot	33	64,7
	Procuo no pensar en la situació	30	58,82
	Em dedico a mirar la televisió o fer altres coses mentre duri la situació	50	98,03
	Procuo que la situació no interfereixi en altres aspectes de la meua vida	5	9,80
Pensaments desideratius	He desitjat que les coses haguessin estat d'una altra manera	15	29,41
	He desitjat poder canviar les coses que ocorren	5	9,80
	M'imagino a mi mateix/a tornant a casa	50	98,03
Resignació	Em resigno, ha estat qüestió de mala sort	51	100
	Em dic que no puc fer-hi res	49	96,07
	Espero que el pas del temps arregli les coses	51	100
	Em limito a aguantar i a patir	50	98,03
Pensaments positius	M'he centrat en els aspectes positius de la situació	3	5,88
	He intentat veure el costat positiu de les coses	3	5,88
	Tracto de considerar la situació des d'una altra perspectiva	1	1,96
Suport social	He parlat amb algú sobre com em sento	16	31,37
	He procurat relacionar-me amb altres persones hospitalitzades amb el mateix problema	45	88,23
	Explico com em sento als meus éssers estimats	38	74,50
	He demanat consell a algú que respecto	41	80,39

Retraïment	Em mantinc callat en aqueixes situacions	31	60,78
	He evitat relacionar-me amb persones que tenen el mateix problema	6	11,76
	Actuo com si estigués sol/a	42	82,35
	He guardat els meus sentiments per a mi mateix/a	37	72,54
Recerca de solucions	He cercat ajuda professional	1	1,96
	He parlat amb els altres malalts per cercar una solució	3	5,88
	He intentat cercar solucions pel meu compte	8	15,68
	He canviat la meva forma de ser	4	7,84
Religiositat	Reso demanant a Déu que em doni força	33	64,70
	Crec que és la voluntat de Déu	14	27,45
	Practico més la religió des que aquesta situació em molesta	6	11,76

Nivell d'estrès en funció de la qualitat de vida relacionada amb la salut

En l'estudi del nivell d'estrès, obtingut amb les subescales de qualitat de vida (NHP), hem de destacar que els nivells més alts s'han obtingut significativament (gràfic 1) en els pacients amb una qualitat de vida general deteriorada ($T = -2,003$ $p = 0,050$), seguits pels qui patien dolor (Wilcoxon. $Z:2.597$; $p = 0,009$) i, finalment, pels qui presentaven dificultats de mobilitat física ($T = -3,381$ $P = 0,002$).

Gràfic 1 | Nivell d'estrès en funció de la dispnea



Nivell d'estrès en funció de la severitat i del grau de dispnea autopercebuda

Els pacients amb MPOC en fase greu ($FEV1\%ref = 49-30$) mostraren els nivells d'estrès més elevats que els pacients amb MPOC en fase moderada ($FEV1\%ref = 79-49$), si bé les

diferències no resultaren significatives (F: 2.168; $p = 0,126$), igual que la resta de variables clíniques. Pel que fa al nivell de dispnea (gràfic 2), s'observen diferències significatives en el nivell d'estrès en funció dels grups de dispnea ($X^2(3): 6.122; p = 0,047$), concretament els contrastos *post hoc* (Bonferroni) centren aquesta diferència entre el grup de pacients amb dispnea lleu enfront d'aquells amb dispnea severa ($Z = -2.014; p = 0.044$).

4. Discussió

En els hospitals de mitjana estada socio-sanitaris, els pacients ingressats han d'enfrontar-se als mateixos rutines i protocols ja consolidats al llarg de la seva història, per la qual cosa continuen exposats a factors potencialment estressants inherents a la situació. L'estudi original de Volicer i Bohannon²² i, posteriorment, el realitzat per Kendall²³ consideraren l'hospitalització com un esdeveniment altament estressant per a qui la pateix.

No obstant això, els nostres resultats mostren que els pacients amb MPOC ingressats perceberen la situació d'hospitalització com un esdeveniment en general poc estressant. A més, els factors iatrogènics considerats més potents pels pacients de la nostra mostra difereixen considerablement dels esmentats a la revisió teòrica presentada a la introducció. La nostra anàlisi dels factors d'estrès ha mostrat que els més estressants han resultat *el canvi d'hàbits, la pèrdua de control sobre l'ambient que els envolta i la pèrdua de la intimitat patida durant l'hospitalització*, mentre que *la pèrdua de control sobre la malaltia i la pèrdua de l'autonomia personal* foren els factors que més estrès generaren als pacients d'aquests estudis.²⁴ D'altra banda, els factors més poc estressants al nostre treball han estat *la pèrdua d'autonomia, la separació del cònjuge, la por de les conseqüències i l'absència de resposta adequada a les demandes*, mentre que *el canvi d'hàbits* era el factor que més poc estrès generava en els estudis abans esmentats. Concretament, els estressors més potents a la nostra mostra han estat els relacionats amb factors ambientals mentre que, en els estudis previs,²⁵ aquests mateixos ítems ocupaven les últimes posicions. A més, cal destacar que les puntuacions més baixes pertanyen als ítems referits a circumstàncies probables en els hospitals d'aguts, però que no s'han produït durant l'hospitalització (pèrdua de vista, audició o altres òrgans vitals, problemes econòmics). En els estudis ja esmentats, aquests aspectes ocupen les primeres posicions en la llista d'estressors hospitalaris. Finalment, els ítems referits a la falta d'informació per part del personal sanitari foren factors molt potents d'estrès en aquests treballs, mentre que al nostre treball ocupaven baixes posicions.

²² Volicer i Bohannon (1975).

²³ Kendall (1987).

²⁴ Volicer i Bohannon (1975); Kendall (1987); Ferrer et al. (1992).

²⁵ Volicer i Bohannon (1975); Kendall (1987); Ferrer et al. (1992).

Les discrepàncies trobades en els resultats es podrien deure a diversos factors: un primer factor es refereix a l'edat dels pacients, ja que la mitjana dels nostres pacients és 20-30 anys més gran que la dels pacients estudiats en els treballs esmentats anteriorment. Els escassos treballs amb pacients grans hospitalitzats ja destacaven que, en aquest col·lectiu, la disminució de la capacitat funcional i les dificultats d'adaptació a un entorn no familiar com l'hospital els convertia en pacients més vulnerables als efectes col·laterals de l'hospitalització. Un altre factor important es relaciona amb la cronicitat de la patologia. De fet, estudis com els de Becker i McVey²⁶ i Gamarra²⁷ diferencien els pacients aguts dels crònics, i estableixen que en aquests, a mesura que augmenta l'edat i avança la malaltia, la demanda de cures i la necessitat de trobar-se en un entorn protegit passen a convertir-se en un aspecte prioritari per a ells. El cas dels pacients amb MPOC estudiats se situa en aquesta mateixa línia. Fonamentalment a causa de la cronificació i a la necessitat d'atenció sanitària contínua davant la reagudització, aquests pacients arriben a considerar l'hospital sociosanitari com un lloc que els brinda protecció enfront de les conseqüències negatives de la seva malaltia i als símptomes de dispnea que els impossibiliten per continuar realitzant les activitats de la vida diària. Pel que fa a la dispnea, els pacients amb dispnea lleu experimentaren més estrès, mentre que els pacients amb un nivell més alt de dispnea semblaren els més poc afectats per la rutina hospitalària. Els nostres resultats es troben en la mateixa línia que els obtinguts per Elías, Ortega, Sánchez, Otero i Sánchez,²⁸ que emfatitzaven el paper de les variables mediadores en la interpretació que fa el pacient del grau de dispnea que pateix i en les respostes que emet davant aquesta. Aspectes com l'ansietat, molt associada amb els trastorns respiratoris, la percepció d'autoeficàcia (especialment en les cures) i l'ús d'estratègies d'afrontament serien algunes d'aquestes variables mediadores.²⁹ D'altra banda, l'obligació d'adoptar un paper passiu i obeir les instruccions del personal sanitari, a pesar de trobar-se en disposició de fer-ho un mateix, s'entreveuen com l'única expectativa acceptada pel pacient quan ingressa a l'hospital, la qual cosa el converteix en subjecte receptor de cures, no en participant, cosa que li generaria una vertadera devaluació de caràcter personal i psicosocial. Finalment, un altre aspecte per tenir en compte dels nostres resultats és l'escàs nivell d'estrès dels pacients amb MPOC provocat per la comunicació personal sanitari-pacient en comparació amb els resultats dels estudis anteriors. Consideram que, a causa de les contínues rehospitalitzacions, s'arriben a crear vincles entre pacients i professionals que permeten una comunicació més efectiva i directa, la qual cosa fa disminuir aquest efecte iatrogènic propi de l'hospitalització.

Passant a les estratègies d'afrontament, hem pogut comprovar que la resignació, el retraïment i l'evasió/evitació són les formes preferentment utilitzades pels pacients amb

²⁶ Becker i McVey (1997).

²⁷ Gamarra i Villarán (1992).

²⁸ Elías et al. (1999).

²⁹ Periyakoil, Skultety i Sheikh (2006).

MPOC, mentre que, per contra, les estratègies que impliquen solució de problemes han estat utilitzades en molt poques ocasions. Això probablement és degut, d'una banda, a la percepció de limitacions del pacient a l'hora de prendre decisions en el medi hospitalari i, d'una altra, a les contínues reavaluacions cognitives que la situació requereix, la qual cosa els proporciona informació sobre l'efectivitat d'unes estratègies sobre les altres.³⁰ A més, hem pogut constatar també l'ampli ús de formes d'afrontament basades en el suport social utilitzades pels pacients estudiats. Probablement, el canvi en la concepció del centre hospitalari des d'un lloc desconegut i potencialment nociu cap a un lloc que ofereix protecció possibilita el desenvolupament d'aquestes estratègies d'afrontament que resulten més efectives a l'hora de superar aquesta modalitat d'estrès. Entenem que futures investigacions haurien de tenir en compte la flexibilitat en l'afrontament de l'estrès³¹ (disponibilitat d'estratègies d'afrontament i la voluntat del subjecte de considerar-les totes), la qual cosa permetria establir quines són les formes més adaptatives per als pacients grans i intervenir per modificar les que poguessin resultar desadaptatives.

Finalment, pel que fa a la QVRS general, l'anàlisi comparativa mostra que els pacients amb MPOC amb mala QVRS abans de l'ingrés experimentaren significativament més estrès en general que els que gaudien d'una qualitat de vida més bona. A més, el nostre estudi constata que els pacients amb limitació de la mobilitat física i dolor experimenten nivells d'estrès més grans en comparació amb aquells que no pateixen aquests problemes. En els pacients amb MPOC de més edat, el dolor pot associar-se freqüentment a factors de comorbiditat (osteoporosi, aixafament/fractura vertebral, etc.) i podria considerar-se com un dolor de tipus crònic que, per si, constitueix un dels factors més incapacitants a l'hora de gaudir d'una bona qualitat de vida i els converteix en pacients més vulnerables a l'estrès. Així, l'estudi de la percepció de dolor i les seves conseqüències sobre l'estat psicològic general i la qualitat de vida en particular constitueix una variable important que cal considerar a l'hora d'avaluar i tractar aquests pacients en el medi sociosanitari.

³⁰ Cano-Vindel i Miguel-Tobal (2001).

³¹ Antonovsky (1979).

Referències bibliogràfiques

Alonso, J.; Prieto, L.; Antó, J. M. (1994). «The Spanish version of the Nottingham Health Profile, a review of adaptation and instrument characteristics». *Quality of Life Research* 3, 385-393.

Andenaes, R.; Kalfoss, M. H.; Wahl, A. K. (2006). «Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease». *Heart & Lung* 35(1), 46-57.

Andenaes, R. [et al.] (2006). «Changes in health status, psychological distress and Quality of life in COPD patients after hospitalization». *Quality of Life Research* 15(2), 249-57.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barnes, E. (1961). *People in Hospital*. London: The McMillan Company.

Barr, D. P. (1955). «Hazards of modern diagnosis and therapy, the price we pay». *The journal of the American Medical Association* 1955; 159(15), 1452-56.

Becker, P. M.; McVey, U. (1997). «Hospital acquired complications in a randomized controlled trial of a geriatric consultation team». *Journal of the American Medical Association* 257, 231-37.

Cano-Vindel, A; Miguel-Tobal, J. J. (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y estrés* 7(2-3), 111-121.

Celli, B. R.; Macnee, W. (2004). «Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD, a summary of the ATS/ERS position paper». *European Respiratory Journal* 23, 932-46.

Elías, M. [et al.] (1999). «Papel de la disnea en la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica». *Arch Bronc* 35, 261-266.

Feedland, K. [et al.] (2003). «Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure». *Psychosomatic Medicine* 65, 119-128.

Ferrer, V. [et al.] (1992). *Factorialización de la escala de estresores hospitalarios*. III Congreso Hispanoamericano de Psicología, Madrid.

Gamarra, P.; Villarán, R. (1992). *Estudio epidemiológico de los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en 1990*. III Congreso de Geriatria y Gerontología, Zaragoza.

Jones, A. (2001). «Causes and effects of chronic obstructive pulmonary disease». *British Journal of Community Nurse* 10(13), 845-50.

Kendall, P. C. (1987). «Procedimientos médicos que generan estrés, estrategias cognitivo-conductuales para el control del estrés». A: MEICHEMBAUM, D.; JARENKO, M. E. (eds). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: DDB.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Mathew, K. V. (1962). «Emotional aspects of hospitalized patients». *American Journal of Industrial Medicine* 37, 632-636.

Periyakoil, V. S.; Skultety, K.; Sheikh, J. (2006). «Panic, anxiety and chronic dyspnea». *Journal of Palliative Medicine* 8(2), 453-9.

Reardon, J. [et al.] (2005). «Pulmonary rehabilitation for COPD». *Respiratory Medicine* 99, suppl. B, 19-27.

Rodríguez-Marín, J. (1986). «El impacto psicológico de la hospitalización». *Análisis y Modificación de Conducta* 12(33), 421-439.

Rodríguez-Marín, J. (2003). «En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital, pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario». A: REMOR, E.; ARRANZ, P.; ULLA, S. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Rodríguez-Marín, J. [et al.] (1992). «Evaluación del afrontamiento del estrés. Propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes». *Revista Psicología y Salud* 4(2), 59-84.

Rodríguez, J.; Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Schimmel, E. M. (1964). «The hazards of hospitalization». *Annals of Internal Medicine* 60, 100-110.

Tagliacozzo, D. M.; Ima, K. (1970). «Knowledge of illness as a predictor of patient behavior». *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 22(11), 765-75.

Taylor, S. E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.

Volicer, B. J.; Bohannon, M. W. (1975). «A hospital stress rating scale». *Nursing Research* 24, 352-9.

Volicer, B. J.; Burns, M. W. (1977). «Pre-Existing Correlates of Hospital Stress». *Nursing Research* 26, 408-415.

Volicer, B. J.; Isenberg, M.; Burns, M. W. (1977). «Medical-Surgical Differences in Hospital Stress». *Journal of Human Stress* 3, 3-13.

Volicer, B. J.; Volicer, L. (1978). «Cardiovascular Changes Associated with Stress During Hospitalization». *Journal of Psychiatric Research* 22, 159-168.

Autores

CARMEN MAS TOUS

Palma 1973. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Ha estat professora a la UIB i a la UOC (Universitat Oberta de Catalunya). Va ser coordinadora dels Diplomes Sènior de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) durant el curs 2007-2008. Vocal de Psicologia de l'Envel·liment del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears (COPIB).

MARIA MAGDALENA MEDINAS AMORÓS

Palma 1969. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Membre de la Unitat d'Investigació dependent de Gestió del Coneixement de GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca). Ha publicat en diverses revistes nacionals i internacionals, entre les quals la *Revista Española de Geriátria y Gerontología*.

DOLOR CRÒNIC I ENVELLIMENT

Dolor crònic i envelliment

Francisca Rosselló Muntaner

Mirna Frascarelli

Ana Mantecón Carrero

Pedro Montoya Jiménez

Resum

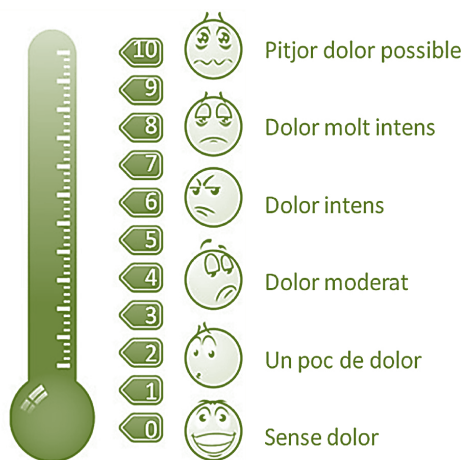
En aquest treball analitzam les característiques neurofisiològiques i neuropsicològiques del dolor crònic enfront del dolor agut. En particular, partim de la definició que el dolor és un fenomen neurobiològic i psicològic en el qual diferents regions cerebrals processen aspectes com la intensitat, la durada i de com són de desagradables les sensacions corporals doloroses. Quant a la prevalença, hem demostrat que el dolor crònic afecta una gran proporció d'adults (especialment, la població gran) i provoca una pèrdua substancial de la qualitat de vida dels pacients. En aquest sentit, és rellevant destacar que el dolor crònic produeix canvis estructurals i funcionals importants en el sistema nerviós central, i alteracions cognitives, com la pèrdua de concentració, lentitud en el processament de la informació i memòria de treball. Aquests canvis són semblants als provocats per l'envelliment, per la qual cosa consideram que és peremptori desenvolupar intervencions terapèutiques per millorar la qualitat de vida dels pacients i que, al seu torn, redueixin l'impacte del dolor crònic en el sistema nerviós central.

Resumen

El presente trabajo pretende analizar las características neurofisiológicas y neuropsicológicas que posee el dolor crónico frente al dolor agudo. En particular, se parte de una definición del dolor como un fenómeno neurobiológico y psicológico en el que diferentes regiones cerebrales procesan aspectos como la intensidad, la duración o lo desagradable que resultan las sensaciones corporales dolorosas. En cuanto a la prevalencia, se ha demostrado que el dolor crónico afecta a una gran proporción de adultos y, en especial, a la población mayor, ocasionando una sustancial pérdida en la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, resulta relevante destacar que el dolor crónico produce importantes cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, así como alteraciones cognitivas como pérdida de concentración, lentitud en el procesamiento de la información y memoria de trabajo. Estos cambios parecen ser similares a los que se producen como consecuencia del envejecimiento, por lo que se hace perentorio desarrollar intervenciones terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes y que, a su vez, reduzcan el impacto que supone el dolor crónico en el sistema nervioso central.

1 . El dolor és un fenomen amb components sensorials i afectius

Sentir dolor és qualque cosa més que una simple percepció o sensació corporal. Per a la gran majoria de les persones, el dolor implica una experiència sensorial i emocional desagradable, que, com assenyala l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor,



pot ser provocada per un dany real al cos de qui en pateix, o, com a mínim, el pacient la descriu en aquests termes. Aquesta definició assenyalava que el dolor és un fenomen perceptiu complex, les propietats del qual van més enllà de la intensitat, localització o durada d'una sensació dolorosa. A més, la proposta és que la valoració del dolor tingui en compte els components afectius que comporta. No obstant això, la valoració que solem fer del nostre dolor mitjançant escales visuals i analògiques en l'àmbit clínic consisteix gairebé exclusivament a analitzar el component sensorial (figura 1).

Figura 1. Termòmetre de dolor (modificat per la Societat Americana de Geriatria, 1998). Les escales visuals i analògiques permeten estimar la intensitat del dolor que patim i valorar els possibles canvis que exerceix la intervenció terapèutica.



Figura 2. Des d'una perspectiva àmplia, podem entendre el dolor com una resposta davant un estímul que ha provocat un dany corporal. L'expressió facial de dolor és la resposta motora al dolor; mentre que els canvis fisiològics (sudoració, coïssor, etc.), els pensaments i els sentiments que provoquen aquests estímuls formen part de la resposta fisiològica, cognitiva i afectiva del dolor.

En particular, ens interessa destacar que el dolor és una percepció corporal que està influïda per molts factors psicològics, com l'atenció, la memòria, les emocions o el context social. D'aquesta manera, quan hi ha dolor corporal, no solament som capaços d'experimentar el grau de coïssor o d'inflor que ens produeix la ferida, el lloc on s'ha produït la lesió o el temps que tenim aquesta sensació; sinó que, a més, la sensació dolorosa atreu tota la nostra atenció, ens costa concentrar-nos en cap activitat, ens canvia l'humor, l'expressió facial ens torna rígida, tendim a reduir el nivell d'activitat i cercam consol en els altres. A partir de l'anàlisi de la manera com les persones expressam el dolor i el patiment, podem concloure que el dolor té, com a mínim, tres funcions adaptatives rellevants: en primer

lloc, l'expressió del dolor mitjançant vocalitzacions i gestos ens serveix de senyal d'alarma per indicar que tenim mal; en segon lloc, l'experiència del dolor permet que l'individu emprengui conductes que l'ajudin a posar remei al mal corporal o a evitar-lo, i, finalment, és possible atribuir a l'expressió del dolor una funció social relacionada amb l'advertiment a altres individus sobre l'existència d'un perill potencial que podria danyar-los a ells també, així com sol·licitar ajuda o suport si fos necessari (figura 2). En definitiva, des d'aquesta perspectiva, podem entendre l'expressió del dolor com un comportament que permet que els individus s'adaptin a les condicions canviants del medi ambient.

1.1. Dolor crònic

Quan es perllonga excessivament en el temps, el dolor deixa de complir la funció adaptativa i es transforma en un problema de salut personal i social. Hi ha vegades que el dolor continua després que hagi acabat el procés de malaltia o la ferida s'hagi curada, i, en d'altres, pot ser que no s'hagi produït cap ferida o que no es coneguin les causes objectives responsables del dolor. En aquests casos, el dolor persisteix durant mesos o, fins i tot, anys, i es converteix en una font de patiment continu que condiona tota la vida del pacient i de les persones que té al voltant. En termes clínics, la cronificació del dolor comporta canvis importants en la vida de l'individu, que afecten tant l'estat emocional, com cognitiu i social, i també el funcionament cerebral. El dolor crònic és, per tant, un fenomen complex que va més enllà de la prolongació en el temps d'una sensació desagradable associada a un dany corporal i que sembla que s'hagi deslligat de les funcions adaptatives que caracteritzen habitualment el dolor provocat per un dany corporal puntual (per exemple, quan ens fem un tall o ens pegam un cop). Les investigacions dels últims anys han posat de manifest que el dolor crònic o patològic té propietats específiques que el diferencien del dolor agut o nociceptiu. Per tant, han de ser abordats de maneres diferents per valorar-los i tractar-los. En particular, aquestes diferències entre ambdós tipus de dolor podem resumir-les de la manera següent:

- Les persones que pateixen dolor crònic mostren una manca de correspondència entre la magnitud del dany corporal i la intensitat subjectiva del dolor que perceben. En general, la percepció subjectiva que ens proporcionen els sentits (vista, oïda, gust, olfacte, tacte, etc.) està relacionada amb la magnitud física dels estímuls que percebem. Així, per exemple, la percepció del dolor en circumstàncies normals és proporcional a la quantitat de dany que ha experimentat el cos. No obstant això, en el cas del dolor crònic, sembla que hi hagi una relació desproporcionada entre el dany corporal i la intensitat del dolor percebut.
- La persistència del dolor en el temps s'acompanya de fenòmens perceptius alterats, com l'experiència del dolor davant l'estimulació no dolorosa (al·lodínia) i un augment excessiu del dolor davant l'estimulació dolorosa (hiperalgèsia). En aquest sentit, és

possible que els pacients amb dolor crònic es queixin amb el simple frec de diferents parts del cos, ja que tenen una sensibilitat exagerada envers les sensacions corporals i el dolor.

- La localització de les regions corporals que generen una sensació dolorosa en els pacients que pateixen dolor crònic és més difusa que en les persones que pateixen dolor agut. Així, resulta habitual que el pacient amb dolor crònic estigui afligit de dolor en diferents parts del cos, encara que pot tenir zones en les quals predominin aquestes sensacions.
- El dolor crònic és molt resistent al tractament. A diferència del que ocorre amb el dolor agut, avui en dia no hi ha cap tractament efectiu contra el dolor crònic, per la qual cosa el pacient rep teràpies farmacològiques (analgèsics, antiinflamatoris, relaxants musculars, antidepressius, ansiolítics) i també de no farmacològiques (psicoteràpia, fisioteràpia, cirurgia, massatges, hipnosi, etc.). No obstant això, en aquests casos l'objectiu terapèutic sol ser reduir el dolor al pacient més que no eliminar-lo, és a dir, millorar-li la qualitat de vida.
- Finalment, com també ocorre amb altres malalties que són patides d'una manera crònica (trastorns mentals, demències, càncer, etc.), la percepció del dolor d'una manera crònica provoca alteracions rellevants en l'estat afectiu i cognitiu dels pacients. Així, per exemple, és probable que la persistència del dolor sigui acompanyada de símptomes com depressió, ansietat, pèrdua d'autoestima, dificultats de concentració i memòria.

1.2. Prevalença del dolor crònic

El dolor crònic és un problema de salut molt important a causa de la discapacitat que té associada i la dificultat actual per aplicar-hi un tractament eficaç, però sobretot perquè té una prevalença elevada entre la població adulta. Les enquestes de salut posen de relleu que el dolor afecta un terç dels europeus adults. En el mateix sentit, l'enquesta feta a les Illes Balears el 2001 va assenyalar que el problema que tenia més prevalença era la presència de dolor i afectava més del 30% de la població de més de catorze anys. En relació amb les repercussions econòmiques i socials que comporta, l'estimació és que el dolor crònic podria fer perdre, a Europa, 500 milions de dies de treball i 34.000 milions d'euros. Altres dades de l'enquesta europea assenyalen que al voltant d'un 20% de les persones que pateixen dolor crònic han perdut el lloc de treball, que la mitjana d'absentisme laboral és de quinze dies anuals i que el 40% dels afectats han perdut capacitat per tirar endavant la vida quotidiana.

Quant a la prevalença del dolor en adults que tenen més de seixanta-cinc anys, l'evidència empírica també assenyalava una prevalença elevada. Un estudi que han fet a Catalunya va

revelar que el 73,5% de les persones de més de seixanta-cinc anys patia dolor (Miró et al. 2007), el 94,2% de les quals informava que patien dolor crònic (una durada de tres mesos o més). En aquest estudi quedà demostrat que les dones tenien més prevalença de dolor. Així mateix, les dones que participaren en l'estudi informaren sobre puntuacions més elevades quant a intensitat de dolor i durant més temps. A més, conclogueren que el dolor provocava nivells de discapacitat i dependència més elevats en persones grans que en joves. Les zones corporals que varen ser identificades com les més doloroses incloïen articulacions, cames, esquena i regió del coll. En particular, el mal d'esquena, les malalties cardiovasculars i respiratòries són els factors més importants que afecten la salut de les persones de més de seixanta-cinc anys (Cooper & Kohlmann 2001).

En analitzar l'impacte del dolor crònic en la gent gran, cal tenir en compte que interfereix habitualment en la vida diària dels pacients i que les conseqüències que té podrien tenir un efecte addicional, ja que incideixen directament sobre la pèrdua d'independència funcional. A més, hem de destacar que un gran nombre de persones grans que pateixen dolor crònic no reben el tractament adequat per motius diversos. En primer lloc, perquè manca l'avaluació adequada dels factors que acompanyen el dolor crònic. En segon lloc, perquè hi ha riscos potencials en el tractament farmacològic amb persones grans que han de tenir-se especialment en compte. Finalment, pel desconeixement o les idees errònies sobre l'eficàcia de les estratègies no farmacològiques per manejar el dolor en els pacients que tenen més anys.

És especialment sorprenent que, a pesar de la rellevància del problema i del coneixement adquirit els últims anys, la valoració clínica i el tractament terapèutic del dolor crònic encara estiguin en vies de desenvolupament. En aquest sentit, hem de destacar que un informe recent de la Societat Britànica pel Dolor, publicat el 2009, assenyala que la formació clínica sobre la identificació, avaluació i el tractament del dolor a les universitats del Regne Unit representa tan sols l'1% del total de la formació que reben els professionals sanitaris:

<http://www.britishpainsociety.org/media_surveys.htm>.

2. El dolor és un fenomen produït pel sistema nerviós central

El sistema nerviós central (SNC), format pel encèfal i la medulla espinal, és el responsable de processar la informació i controlar la nostra conducta. Des que el filòsof René Descartes proposàs, el segle XVII, la primera hipòtesi científica sobre la percepció del dolor, sembla obvi que el nostre cervell és l'encarregat de processar la informació corporal i, per tant, del dolor que experimentem (figura 3). No obstant això, a diferència del que es va pensar fins a final del segle XX, no hi ha un únic lloc en el cervell que ens permeti experimentar les sensacions de dolor.



Figura 3. El filòsof René Descartes (1596-1650) va ser pioner en proposar la primera hipòtesi científica de la manera com es generen les sensacions de dolor. En la cèlebre obra *De homine (El tractat de l'home)*, descriu el dolor que se sent en aproximar-se al foc (A) com una sensació que es condueix a través d'un nervi fins a una glàndula cerebral (F).

Les investigacions neurobiològiques de les últimes dècades han posat de manifest que hi ha una xarxa cerebral formada per estructures que s'activen quan l'estímul que arriba al cos és dolorós. En aquest sentit, hem de destacar que el resultat més concloent assenjala estructures diverses que podrien ser responsables dels components (sensorial, afectiu, cognitiu, motivacional) que conformen l'experiència complexa del dolor.

Això a banda, les investigacions del dolor crònic han revelat que la persistència del dolor en el temps està associada a uns determinats canvis funcionals i estructurals del sistema nerviós central. L'evidència científica actual afirma que la cronificació del dolor provoca alteracions importants en el funcionament cerebral i que, per tant, s'han de desenvolupar intervencions terapèutiques que aconseguixin minimitzar els efectes del patiment del dolor i reduir-lo a llarg termini. Els treballs del nostre grup d'investigació parteixen d'aquesta hipòtesi i mostren que les alteracions cerebrals que tenen els pacients amb dolor crònic modifiquen, al seu torn, el processament de la informació sensorial, emocional i cognitiva que està relacionada d'una manera indirecta amb l'experiència del dolor. En definitiva, és molt probable que el desenvolupament del dolor i el manteniment al llarg del temps desemboqui en la formació d'una petjada o memòria en el cervell que sigui responsable, al seu torn, d'un patró d'activitat cerebral que mantingui el dolor d'una manera anòmala.

2.1. La sensibilitat envers el dolor està alterada en pacients que pateixen dolor crònic

Un dels mecanismes neurobiològics més discutits pel que fa al dolor crònic és la sensibilització o hiperexcitabilitat del sistema nerviós central (SNC). Com ha quedat demostrat en molts de treballs, el sistema nerviós està sotmès a una enorme reorganització quan es produeix una lesió corporal. Així, hem observat que la bioquímica i les connexions neurals de la medul·la espinal i del cervell poden arribar a modificar-se a conseqüència d'un trauma o dany corporal (Coderre & Katz 1997). En aquest sentit, hom ha observat repetidament que els pacients amb dolor crònic presenten concentracions elevades de substàncies químiques que faciliten la transmissió del dolor i que provoquen una sensibilització exagerada de les cèl·lules receptores del dolor, la qual cosa incrementa la percepció subjectiva del dolor. Així mateix, aquests pacients presenten una activitat cerebral anormal en comparació amb la

de les persones sanes quan reben estimulació dolorosa. En definitiva, aquests mecanismes neurofisiològics ajuden a explicar els fenòmens d'hiperalgèsia i al·lodínia que caracteritzen els pacients que pateixen dolor crònic. Com hem assenyalat anteriorment, és freqüent que aquests pacients informin sobre sensacions doloroses davant estímuls innocus (al·lodínia), així com sobre una percepció de dolor exagerada davant una estimulació nociva (hiperalgèsia). D'aquesta manera, els canvis en la percepció subjectiva del dolor podrien ser explicats per una alteració del funcionament normal del sistema nerviós central. Per tot això, els canvis dramàtics que provoquen les lesions i el dolor persistent en el SNC posen de relleu que el dolor crònic ha de ser considerat una alteració del sistema nerviós i no un dolor agut perllongat o el símptoma de cap lesió.

Entre les manifestacions clíniques i experimentals més rellevants d'aquesta excitació excessiva del SNC en el dolor crònic hi ha una reducció significativa del llindar del dolor, és a dir, de la quantitat d'estimulació nociva que necessitam per experimentar dolor. Investigacions diverses han demostrat que efectivament els pacients amb dolor crònic mostren més sensibilitat davant estímuls mecànics o tèrmics dolorosos que les persones sanes. Així mateix, ha quedat comprovat que aquestes reduccions del llindar del dolor o augment de la sensibilitat envers el dolor podrien generalitzar-se a tot el cos i no limitar-se a la zona corporal danyada.

Donada la prevalença elevada que presenten els problemes de dolor crònic entre la població gran, és especialment rellevant examinar la possible relació que pugui existir entre la sensibilitat envers el dolor i l'edat. Així, per exemple, hom ha trobat que quan la intensitat de l'estímul dolorós és baixa, les persones grans informen de menys dolor que les joves. No obstant això, quan l'estímul dolorós és d'intensitat elevada, la gent gran el valora més dolorós que no la gent jove.

Això a banda, hom ha comprovat també que les persones grans toleren menys el dolor quan és de baixa intensitat que les persones joves. Aquestes diferències en la sensibilitat al dolor vinculada a l'edat s'han posat en relació amb la resposta analgèsica endògena. Així, per exemple, quan hom demana als subjectes que facin immersions de la mà en aigua gelada repetides vegades, el llindar del dolor augmenta d'una manera significativa. No obstant això, la magnitud de la resposta analgèsica sol ser significativament menor en els voluntaris de més edat que en els més joves. Aquestes dades demostren que augmenta el llindar del dolor i que disminueix l'analgèsia endògena relacionada amb l'edat. És possible que aquests fenòmens redueixin la capacitat de les persones grans per enfrontar-se a estats clínics de dolor intens i persistent, que ajuden a explicar la prevalença elevada del dolor crònic associat a l'envelliment. En qualsevol cas, sembla que la relació entre l'envelliment i la sensibilitat al dolor no és tan senzilla com podria semblar a primera vista i és necessari investigar més per esclarir el paper de la sensibilitat excessiva del sistema nerviós central en el dolor crònic i la prevalença elevada en la gent gran.

2.2. El cervell és el responsable de la percepció del dolor

Arribats a aquest punt, hem de parar esment a què ocorre en el cervell de les persones sanes quan estan a punt d'experimentar una sensació dolorosa. Els estudis fets amb les noves tècniques de neuroimatge (ressonància magnètica funcional i tomografia per emissió de positrons) han trobat que, quan són aplicats estímuls dolorosos, hi ha estructures cerebrals diverses que hi responen augmentant el flux sanguini regional i el consum d'oxigen (Peyron et al. 2000). Aquestes estructures cerebrals sembla que estan implicades en la representació de l'experiència del dolor i en la modulació, i inclouen: les escorces somestèsiques (primària i secundària), la circumvolució cingular anterior, l'ínsula, el tàlem, l'escorça parietal posterior i l'escorça prefrontal (figura 4).

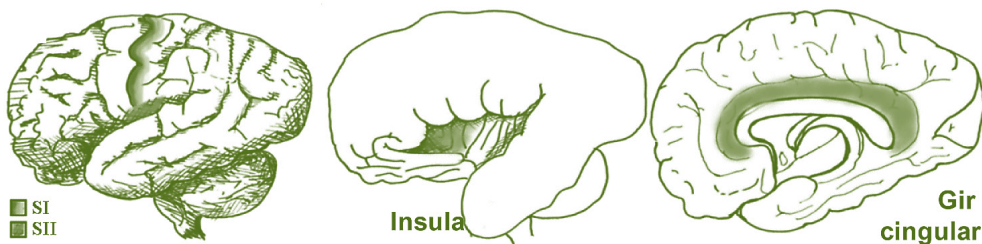


Figura 4. Regions cerebrals que freqüentment estan implicades en el processament del dolor en persones sanes. Aquestes regions cerebrals s'encarreguen de registrar la intensitat de l'estímul dolorós que arriba al cos (escorces somestèsiques primàries i secundàries, S1 i S2, així com l'ínsula) i com són de desagradables les sensacions doloroses (circumvolució cingular).

L'augment d'activitat en les escorces somestèsiques i l'ínsula ha estat relacionada amb la capacitat de discriminar la intensitat dels estímuls dolorosos (Coghill et al. 1999). A l'escorça cingular anterior també hi han trobat l'augment de l'activitat hemodinàmica de les regions medials i rostrals associades a l'estimulació dolorosa. No obstant això, aquests canvis en l'activitat cerebral de l'escorça cingular han estat relacionats amb factors psicològics, com, per exemple, el component afectiu i motivacional del dolor (Rainville et al. 1997). Com a mostra d'això últim, hi ha diferències significatives en l'activitat de l'escorça cingular anterior segons el grau d'aversion de l'estímul dolorós utilitzat. Això a banda, hi ha treballs més recents que també han donat suport a la participació de l'escorça cingular anterior en les respostes cognitives davant el dolor, particularment aquells aspectes relacionats amb l'atenció envers l'estímul nociu (Peyron et al. 1999). Alguns autors han assenyalat també que anticipar la imminència d'un estímul nociu desencadena també canvis en l'activitat de les regions més rostrals i ventrals de l'escorça cingular anterior (Ploghaus et al. 2003). Finalment, l'escorça dorsolateral prefrontal i l'escorça parietal posterior sembla

que estan involucrades en el processament del dolor mitjançant la seva mediació en els aspectes cognitius associats amb la localització i la codificació completa de l'estímul dolorós (Kwan et al. 2000).



Figura 5. Representació esquemàtica d'una xarxa cerebral del dolor. Els elements d'aquesta xarxa inclouen l'escorça sensorial somàtica primària (S1) i secundària (S2), l'escorça motora (M1), l'àrea suplementària motora (SMA), l'escorça parietal posterior (PCC), la circumvolució cingular anterior (ACC) i la posterior (PCC), l'ínsula, el tàlem, els ganglis basals (BG), l'escorça prefrontal (PF), l'amígdala (amig.), l'hipotàlem (HT), el nucli parabraquial troncocefàlic (PB) i la substància grisa periaqueductual (SGPA) (modificat de Price 2000).

Bàsicament, aquests resultats han proporcionat la base científica per considerar que és possible processar el dolor perquè hi ha una xarxa cerebral específica per al dolor que funciona d'una manera correcta (figura 5). L'anàlisi de les connexions entre els elements d'aquesta

xarxa ens permet tenir un coneixement més precís i profund dels canvis funcionals que produeix el dolor crònic.

Aquests últims anys també ha estat examinada l'activitat cerebral associada al processament del dolor en pacients amb dolor crònic. No obstant això, els resultats obtinguts fins ara continuen reflectint la complexitat de l'estudi científic del dolor crònic. Així, per exemple, hom ha observat que en els pacients que pateixen dolor per artritis reumatoide, els estímuls tèrmics dolorosos desencadenen menys activitat cerebral en regions implicades habitualment en el processament del dolor (escorça cingular anterior, còrtex prefrontal medial i orbitofrontal). Això a banda, els pacients amb síndrome regional complexa o lumbàlgia crònica de tipus mecànic tenen una resposta cerebral semblant a la de les persones sanes. En contrast amb aquests resultats, els pacients amb fibromiàlgia tenen més activitat en diferents regions cerebrals davant l'estimulació dolorosa i no dolorosa. En definitiva, sembla que el processament del dolor entre els pacients que pateixen dolor crònic podria ser que depengués de múltiples factors que encara han de ser explorats.

És molt probable que la simple anàlisi de l'activitat cerebral provocada per estímuls dolorosos no sigui un mètode adequat per obtenir informació sobre els canvis que produeix el dolor crònic en el sistema nerviós central en aquests pacients. En primer lloc, perquè les característiques dels estímuls dolorosos que són utilitzats en el laboratori són bastant diferents dels que perceben els pacients amb dolor crònic. En segon lloc, perquè és probable que calgui tenir en compte diferents característiques psicològiques de la percepció

del dolor, com ara l'estat afectiu o l'existència de pensaments negatius (catastrofisme, rumiació, etc.) en els pacients que habitualment pateixen dolor crònic. Així, per exemple, hom ha observat que els pacients que tenen nivells elevats de pensaments negatius tenen més activació en les regions cerebrals implicades en l'anticipació del dolor (escorça frontal medial, cerebel), en l'atenció envers el dolor (circumvolució cingular anterior, escorça prefrontal dorsolateral), en els aspectes afectius del dolor i en el control motor (Gracely et al. 2004). Aquestes dades, per tant, incideixen sobre la necessitat d'investigar els factors multidimensionals que incideixen sobre la percepció del dolor i la influència que tenen sobre l'activitat cerebral en pacients amb dolor crònic, així com sobre la manera com és processat el dolor que senten els pacients espontàniament, sense haver d'aplicar-los cap estimulació dolorosa.

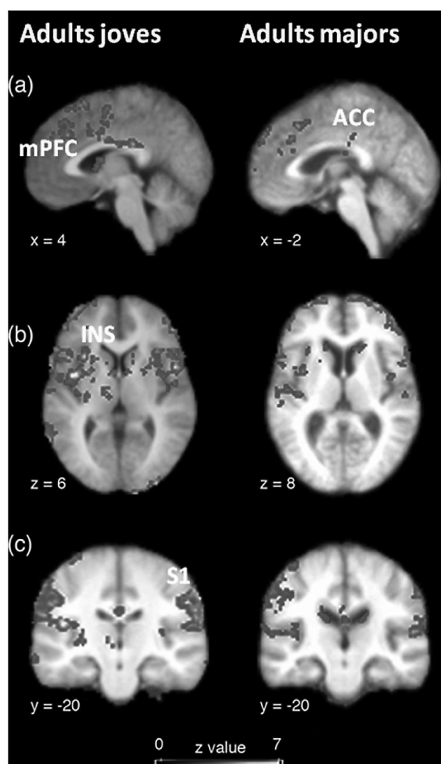


Figura 6. Activació cerebral davant l'estimulació mecànica de pressió sobre el polze en adults joves (edat mitjana: vint-i-sis anys) i grans (edat mitjana: setanta-nou anys) (modificat de Cole et al. 2010). Com podem observar, els adults joves i els grans tenen més activació cerebral en regions com l'escorça prefrontal medial (EPFm), la circumvolució cingular anterior (CCA), l'ínsula (ins.) i l'escorça sensorial somàtica primària (S1).

Finalment, un altre aspecte que té una transcendència especial per comprendre la prevalença elevada que té el dolor crònic entre les persones grans és la influència que exerceix l'edat sobre el processament cerebral del dolor. En aquest cas, hi ha dos tipus d'evidències empíriques que assenyalen l'efecte modulador que sembla que tingui l'edat en el processament cerebral del dolor. D'una banda, les estructures cerebrals implicades en la xarxa de dolor sembla que s'activen d'una manera diferent en funció de l'edat. Així, un estudi recent ha constatat que l'activitat cerebral a l'ínsula, la circumvolució cingular o l'escorça sensorial somàtica primària desencadenada per l'aplicació d'estímuls dolorosos és menor en les persones grans (al voltant dels vuitanta

anys) que en les joves (edats entre divuit i trenta anys) (figura 6). D'altra banda, hom ha constatat que els adults grans presenten reduccions significatives en la quantitat de substància grisa en regions cerebrals com l'ínsula i l'escorça somestèsica, la qual cosa suggereix que hi podria haver una relació estreta entre l'alteració en la resposta cerebral davant el dolor, els canvis en la sensibilitat al dolor i la prevalença elevada del dolor crònic en els pacients grans.

En aquest sentit, hi ha estudis recents de neuroimatge que han mostrat que el manteniment del dolor crònic no solament està associat a un funcionament cerebral anòmal, sinó que, a més, produeix canvis morfològics significatius en les estructures cerebrals. Així, per exemple, han trobat que les persones amb dolor crònic presenten també reduccions en el volum de la substància grisa en la circumvolució temporal superior, tàlem, circumvolució postcentral, amígdala, hipocamp i circumvolució cingular en comparació de les persones sanes. Com hem assenyalat anteriorment, aquestes regions cerebrals són estructures rellevants dels sistemes somatosensorials i motors que s'inclouen en la xarxa cerebral de dolor. D'aquesta manera, les troballes de reduccions en la substància grisa, juntament amb les que assenyalen una alteració funcional i estructural del processament cerebral del dolor en persones grans, suggereixen la hipòtesi que la persistència del dolor podria exercir l'efecte d'un envelliment prematur del sistema nerviós central, especialment de les estructures rellevants per processar el dolor.

En conclusió, com indiquen els resultats d'aquestes investigacions, sembla que l'activació de la xarxa cerebral del dolor en els pacients amb dolor crònic no depèn solament de les propietats físiques de l'estimulació rebuda (magnitud del dany corporal que provoca el dolor), sinó que hi tenen un paper rellevant tots els factors afectius (depressió, ansietat), cognitius (atenció, memòria, etc.) i socials (suport social, sexe, edat) que acompanyen la percepció de dolor. A més, és important remarcar que els efectes del dolor crònic sobre el sistema nerviós central no són únicament rellevants perquè el dolor es mantingui en el temps, sinó que podrien provocar alteracions cerebrals significatives semblants a les de l'envelliment.

2.3. El dolor crònic pot provocar alteracions en el funcionament cognitiu

Com hem assenyalat a l'apartat anterior, és evident que el dolor crònic provoca efectes devastadors en el sistema nerviós central (SNC) i que, per tant, no es tracta de la simple persistència d'un símptoma en el temps. Una altra línia d'investigació que ha subratllat la influència del dolor crònic sobre el SNC prové de l'avaluació del funcionament cognitiu dels pacients. En aquest sentit, pot ser que, si param esment al cos i al dolor, tindrem dificultat per concentrar-nos a saber on hem deixat les claus. El bon estat del cervell permet, sens dubte, dur a terme d'una manera adequada funcions cognitives diverses, des d'atendre fins a recordar i solucionar problemes. Però, què els ocorre, als pacients amb dolor crònic, quan estan ocupats d'una manera persistent en un símptoma com el dolor?

Encara que aquest camp d'investigació està en vies de desenvolupament, alguns treballs han mostrat que els pacients amb dolor crònic solen presentar alteracions en els àmbits del funcionament cognitiu següents:

- disminueix la capacitat de concentració o per mantenir l'atenció en allò que els interessa;

- pèrdues de memòria o de la capacitat d'emmagatzematge i recuperació de la informació emmagatzemada anteriorment;
- lentitud en el processament de la informació;
- deterioració en les funcions executives, és a dir, aquelles funcions que permeten treballar amb la informació retinguda en la memòria de treball i monitoritzar-la, prendre decisions, flexibilitzar el pensament o canviar de norma, inhibir la resposta automàtica i planificar.

No obstant això, caldria tenir en compte que moltes de les alteracions descrites anteriorment representen una part de les queixes subjectives que manifesten els pacients. Això vol dir que, quan aquestes funcions neuropsicològiques són valorades d'una manera objectiva mitjançant proves clíniques, els processos cognitius més afectats en els pacients amb dolor crònic serien: l'establiment d'aprenentatges nous, la memòria de treball i la velocitat del processament de la informació. En general, aquests dèficits cognitius són similars als que sorgeixen en l'envelliment normal i als que tenen les persones que pateixen una deterioració cognitiva lleu. L'única diferència entre els pacients amb dolor crònic i els que han començat una deterioració cognitiva són els problemes de memòria. Així, per exemple, a pesar dels problemes d'aprenentatge i de memòria de treball, els pacients amb dolor crònic no presenten una deterioració de la memòria episòdica a curt termini, tal com ocorre en les demències i la deterioració cognitiva lleu. Aquestes característiques cognitives suggereixen que el dolor crònic podria manifestar-se com un envelliment anòmal o primerenc.

Les alteracions cognitives dels pacients amb dolor crònic són molt rellevants, ja que són percebudes com a dificultats per recordar coses o processar la informació que anteriorment podien fer d'una manera eficaç. En general, són habilitats cognitives que emprarem habitualment en la vida diària, sense les quals ens seria molt difícil tirar endavant el treball habitual dins casa i a fora. Per això, els pacients solen percebre aquests dèficits com una pèrdua de qualitat de vida associada al dolor crònic.

Probablement, una de les variables psicològiques més estudiades en relació amb la percepció del dolor és l'estat atencional. Hi ha molts informes que mostren que el dolor és percebut com si fos menys intens quan els individus estan distrets. Així mateix, hom ha suggerit que, quan el dolor és sever, és necessari més control atencional, mentre que amb nivells reduïts de dolor, els subjectes podrien distreure l'atenció i dedicar-la a una altra tasca i arribar a un determinat grau de analgèsia. Per tant, cal assenyalar que el processament del dolor sembla que competeixi pels recursos limitats de la nostra atenció, de manera que pot afectar el funcionament cognitiu necessari per fer altres tasques. D'aquesta manera, és probable que el dolor interrompi el funcionament d'una tasca exigent perquè hi hagi més desgast dels recursos atencionals.

En definitiva, sembla que el dolor fa que es rendeixi menys en activitats relacionades amb l'atenció i les funcions executives, ja que aquestes capacitats empenen les mateixes àrees del cervell. També és possible que els pacients amb dolor crònic es caracteritzin per un biaix atencional envers la informació dolorosa, és a dir, que tinguin una certa preferència per processar amb més detall tota la informació que procedeix del cos. Aquesta tendència a concentrar-se amb més atenció en les sensacions corporals (hipervigilància) podria suposar un rendiment cognitiu pitjor i provocar les alteracions descrites anteriorment. Des d'un punt de vista clínic, aquesta hipervigilància és un dels símptomes característics de l'ansietat. Una part important de la investigació actual sobre els efectes del dolor crònic en el rendiment cognitiu se centra a avaluar els canvis en l'activitat cerebral. En aquest sentit, seria interessant saber fins a quin punt està alterat no solament el funcionament dels sistemes cerebrals encarregats de processar els estímuls dolorosos, sinó també el dels altres sistemes que permeten pensar, sentir, recordar, distreure's, etc. És molt probable que, a conseqüència dels canvis profunds que provoca el dolor crònic, el funcionament cerebral dels pacients amb dolor crònic estigui d'alguna manera desorganitzat. La investigació futura haurà de determinar fins a quin punt el manteniment del dolor crònic en aquest tipus de pacients està associat als canvis plàstics que es produeixen a llarg termini en el cervell.

3. El dolor crònic és un fenomen que precisa un tractament multidisciplinari

A l'hora de tractar les possibilitats terapèutiques que hi ha per al dolor crònic en les persones adultes, és important tenir en compte que les experiències i el comportament d'una persona estan significativament influïts pels aspectes psicològics relacionats amb el propi procés d'envelliment. La cognició, la memòria, els processos sensorials i perceptius, la capacitat de resposta davant l'entorn, la motivació i les emocions resulten afectades per l'edat i pels canvis que comporten els anys. Encara que aquests canvis poden ser diferents d'un individu a un altre, podem afirmar que, en termes generals, amb l'edat minven les capacitats per processar informació procedent del món exterior. Per això, és especialment interessant analitzar les capacitats que té l'adult gran en el maneig de la percepció del dolor i el control. Com hem desenvolupat en els apartats anteriors, el dolor crònic està relacionat amb factors biopsicosocials, com ara l'edat, els components vitals de la qual podrien ser un factor coadjuvant molt important. Per tot això, per tractar d'una manera terapèutica el dolor crònic, és necessari fer una valoració específica de tots els factors biopsicosocials que puguin ser rellevants en el manteniment del dolor.

3.1. Característiques psicològiques que han de tenir en compte els programes d'intervenció en el dolor crònic

Patir dolor crònic genera molts de canvis en el comportament habitual del pacient i provoca una discapacitat elevada. Percebre aquesta incapacitat, el malestar i el pessimisme

que estan associats al fet de patir dolor d'una manera continuada solen ser l'origen de la majoria de les alteracions psicològiques que acompanyen el pacient amb dolor crònic. A més, la disminució de l'activitat física, social i laboral, provocada pel dolor crònic, encara fa augmentar més la sensació de discapacitat i dolor. Assumir el rol del malalt, reduir l'activitat física, tenir una percepció baixa de l'autoeficàcia i el fet que el pacient centri l'atenció d'una manera gairebé exclusiva en el dolor també fan augmentar la discapacitat i potencien els efectes de la passivitat i de l'estat d'ànim baix.

Des del punt de vista conductual, el dolor desencadena, freqüentment, una resposta d'estrès que es caracteritza per alteracions neuroendocrines, fatiga, canvis d'humor, ansietat, depressió, alteracions cognitives i, en general, un empitjorament de l'estat de salut i de la qualitat de vida del pacient. Al seu torn, és bastant probable que aquest malestar generalitzat (i la limitació de les capacitats cognitives de l'individu), faciliti l'aparició de pensaments negatius (per exemple, percepció baixa d'autoeficàcia, indefensió apresada) i deteriori les relacions socials (suport social, nivell d'activitat, etc.), de manera que es crea un cercle viciós que incrementa la situació d'estrès i que, probablement, manté el dolor crònic.

Quant als factors socials que podrien afavorir el manteniment dels comportaments de dolor, les revisions actuals dels models psicològics sobre el dolor crònic han proporcionat formulacions cognitivoconductuals que assenyalen la possible influència de reforçadors ambientals. Una de les fonts de reforç més discutida ha estat la de les persones rellevants o significatives per als pacients (espòs/a, company/a o membres de la família). A més, hom ha reconegut que freqüentment aquestes persones rellevants també poden veure's afectades pels comportaments de dolor dels pacients i que poden experimentar canvis en l'estil de vida i en l'estat d'ànim.

3.2. La intervenció cognitivoconductual en el dolor crònic

El tractament cognitiu i conductual comprèn un conjunt de tècniques estandarditzades i provades empíricament que permeten modificar la conducta i les cognicions del pacient en una gamma àmplia de trastorns. Particularment, aquestes tècniques estan basades en els principis de l'aprenentatge que controlen el comportament i en la idea que els pensaments d'una persona poden influir d'una manera significativa sobre l'estat d'ànim i conducta. A causa de les característiques neuropsicològiques del dolor crònic, aquest tipus d'intervenció ha estat efectiva per manejar el dolor en situacions d'artritis, de càncer, mal d'esquena, cefalea tensional i en migranyes. No obstant això, ha quedat demostrat que aquestes tècniques són particularment apropiades en aquells pacients que, davant el dolor, tenen unes reaccions conductuals i emocionals excessives o exagerades en relació amb el dany corporal que tenen. Així, per exemple, el pacient que pateix mal d'esquena, però que no presenta signes objectius de lesió clars i que ha desenvolupat un hàbit de vida sedentari és un candidat adequat per a la intervenció conductual. Així mateix, els pacients

que presenten rumiacions o pensaments negatius sobre les conseqüències que pugui tenir el fet de patir dolor d'una manera persistent i que, a més, tinguin sentiments negatius poden beneficiar-se d'aquestes estratègies terapèutiques. També són bons candidats per a la intervenció cognitivoconductual aquells pacients en els quals sembla que la percepció del dolor sigui modificada per factors externs, com les discussions familiars, la presència d'altres persones, l'estrès, etc.

Bàsicament, les tècniques conductuals (activitat física, activitats d'oci i plaer, entrenament en habilitats socials, reforç social, pautes per a un consum regular de la medicació) tenen l'objectiu d'incrementar la freqüència de conductes adaptatives que siguin incompatibles amb la conducta de dolor i reduir les que no s'hi adaptin bé. Això a banda, les tècniques cognitives (reestructuració cognitiva, resolució de problemes, tècniques de distracció, prevenció de recaigudes) pretenen conscienciar el pacient que els pensaments negatius poden afectar l'estat d'ànim, la conducta i la percepció del dolor, i el volen ajudar a modificar aquests pensaments per millorar el fet d'encarar el dolor.

Tradicionalment, les tècniques cognitivoconductuals són aplicades d'una manera individual o en sessions grupals per part de terapeutes especialitzats. No obstant això, en el cas del dolor crònic, de cada vegada més hom reconeix que és important poder aplicar-les en l'àmbit de l'atenció primària i integrades amb les altres intervencions terapèutiques. En aquests casos, és imprescindible que aquestes tècniques puguin ser aplicades com més aviat millor en el transcurs del problema de dolor. És important, a més, fer una tasca educativa amb el pacient: informar-lo en tot moment de les causes del seu problema i de la possible evolució, així com de la importància dels factors conductuals i cognitius en el manteniment del dolor a llarg termini.

4 . Conclusions

D'aquest treball en podem concloure que el dolor crònic representa un fenomen clínic que transcendeix la persistència en el temps d'una sensació dolorosa. La investigació duta a terme les últimes dues dècades ha posat de relleu que es tracta d'un problema de salut molt rellevant que afecta una proporció elevada d'adults i, especialment, adults grans. Precisament aquesta prevalença elevada fa que el dolor crònic sigui molt important a l'hora d'estudiar la salut del pacient i organitzar els serveis d'assistència sanitària de la comunitat. A més, la diversitat de factors que poden determinar el manteniment del dolor crònic requereix valorar de manera exhaustiva els diferents nivells (neurobiològic, psicològic i social) en els quals el dolor pot influir.

Quant al sistema nerviós central, les dades disponibles assenyalen que el manteniment del dolor en el temps hi provoca canvis estructurals i funcionals que podrien accelerar el

procés d'envelliment natural dels pacients amb dolor crònic. Les alteracions observades en el funcionament cognitiu (memòria, concentració, alentiment cognitiu) d'aquests pacients sembla que corroboren aquests efectes sobre el funcionament cerebral. Finalment, des d'un punt de vista psicològic i social, la qualitat de vida del pacient resulta afectada fonamentalment per la influència mútua entre discapacitat i dolor, alhora que processos com l'estrès, l'ansietat o els pensaments cognitius poden agreujar enormement la situació de desesperança del pacient.

Amb aquest panorama, és obvi que la rehabilitació dels pacients podria millorar si hom aplicàs un enfocament multidisciplinari i multifactorial en el tractament del dolor. En aquest sentit, és bastant probable que la psicoeducació, la rehabilitació cognitiva, conductual i emocional i l'orientació en l'entorn familiar podrien ajudar el pacient a millorar la seva qualitat de vida i contribuir a reduir l'impacte del dolor sobre el funcionament cerebral.

5. Agraïments

Aquest treball l'hem pogut fer gràcies a les ajudes que hem rebut del Ministeri de Ciència i Innovació, del Fons FEDER (SEJ2007-62312), de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern dels Illes Balears i de la Fundació La Marató de TV3.

Referències bibliogràfiques

AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998). «The management of chronic pain in older persons». *Journal of the American Geriatrics Society* 46 (5), pàg. 635-651.

Coderre, T. J.; Katz, J. (1997). «Peripheral and central hyperexcitability: differential signs and symptoms in persistent pain». *Behavior and Brain Sciences* 20 (3), pàg. 404-419.

Coghill, R. C.; Sang, C. N.; Maisog, J. M.; Ladarola, M. J. (1999). «Pain intensity processing within the human brain: a bilateral, distributed mechanism». *Journal Neurophysiology* 82, pàg. 1934-1943.

Cooper, J. K.; Kohlmann, T. (2001). «Factors associated with health status of older Americans». *Age Ageing* 30 (6), pàg. 495-501.

Gracely, R. H.; Geisser, M. E.; Giesecke, T.; Grant, M. A.; Petzke, F.; Williams, D. A. [et al.] (2004). «Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia». *Brain* 127, pàg. 835-843.

Kwan, C. L.; Crawley, A. P.; Mikulis, D. J.; Davis, K. D. (2000). «An fMRI study of the anterior cingulate cortex and surrounding medial wall activations evoked by noxious cutaneous heat and cold stimuli». *Pain* 85 (3), pàg. 359-374.

Miró, J.; Paredes, S.; Rull, M.; Queral, R.; Miralles, R.; Nieto, R.; Huguet, A.; Baos, J. (2007). «Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia». *European Journal of Pain* 11, pàg. 83-92.

Peyron, R.; García-Larrea, L.; Gregoire, M. C.; Costes, N.; Convers, P.; Lavenne, F. [et al.] (1999). «Haemodynamic brain responses to acute pain in humans: sensory and attentional networks». *Brain* 122, pàg. 1765-1780.

Peyron, R.; Laurent, B.; García-Larrea, L. (2000). «Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis». *Neurophysiology Clinical* 30, pàg. 263-288.

Ploghaus, A.; Becerra, L.; Borras, C.; Borsook, D. (2003). «Neural circuitry underlying pain modulation: expectation, hypnosis, placebo». *Trends Cognitive Sciences* 7 (5), pàg. 197-200.

Rainville, P.; Duncan, G. H.; Price, D. D.; Carrier, B.; Bushnell, M. C. (1997). «Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex». *Science* 277, pàg. 968-971.

Autors

FRANCISCA ROSSELLÓ MUNTANER

Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Estudiant de doctorat a la UIB, on prepara una tesi doctoral sobre dolor i realitat virtual. Treballa en l'avaluació i la rehabilitació cognitives.

MIRNA FRASCARELLI

Llicenciada en Psicologia. Postgrau en Psiconeuroinmunoendocrinologia (PNIE) per la Universitat de Buenos Aires (UBA). Psicoterapeuta i estudiant de doctorat a la Universitat de les Illes Balears (UIB). S'ha especialitzada en el tractament de les patologies que relacionen la disfunció amb els aspectes psíquics i somàtics.

ANA MANTECÓN CARRERO

Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Estudiant de doctorat a la UIB, on prepara una tesi doctoral sobre el dolor i la deterioració cognitiva. Treballa en l'avaluació i la rehabilitació cognitives.

PEDRO MONTOYA JIMÉNEZ

Catedràtic de Psicobiologia de la Universitat de les Illes Balears (UIB) i doctor en Psicologia per la Universitat de Munic (Alemanya). Ha treballat com a investigador científic a les universitats de Tubinga (Alemanya), Complutense (Madrid) i Xicago (EUA), gràcies a les beques que li concediren organismes espanyols i alemanys. Des de l'any 2001 dirigeix una línia d'investigació a la UIB sobre el paper que té el cervell en el manteniment del dolor crònic, en la qual col·labora amb investigadors espanyols i estrangers. És autor de més de cinquanta publicacions internacionals sobre el dolor i les emocions.

**L'APLICACIÓ DE L'ANÀLISI
DE LES NECESSITATS DE SERVEIS SOCIALS
DE LA GENT GRAN AMB DEPENDÈNCIA
A LA PLANIFICACIÓ DE SERVEIS SOCIALS**

L'aplicació de l'anàlisi de les necessitats de serveis socials de la gent gran amb dependència a la planificació de serveis socials

Yolanda Rueda Falcón
Núria Masana Navarro

Resum

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears el 2010 ha dut a terme la planificació de serveis socials per a la gent gran i s'ha fixat, com a horitzó temporal, l'any 2015. Tal com recull la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, la planificació haurà de tenir en compte les necessitats i voluntats de les persones. Aquest compromís del Govern s'ha materialitzat en un model de planificació que aplica la metodologia *Balance of Care*.

Aquest model representa un canvi de paradigma en els plantejaments que hi ha hagut fins avui i posa l'èmfasi més important a aconseguir una oferta de serveis flexible. Per tant, condiona la cartera de serveis, la qual ha de ser adaptable a les necessitats de cadascú i als diferents entorns de les persones.

En aquest procés de la planificació, la Conselleria ha comptat amb la col·laboració dels usuaris dels serveis i els seus familiars, així com dels professionals que atenen aquestes persones.

Aquest article recull el procés dut a terme per a fer la planificació mitjançant la metodologia *Balance of Care*.

Resumen

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears ha desarrollado a lo largo del 2010 la planificación de servicios sociales para personas mayores tomando como horizonte temporal el año 2015. Tal como recoge la ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears, la planificación tendrá en cuenta las necesidades y voluntades de las personas. Este compromiso del Gobierno se ha materializado en un nuevo modelo de planificación utilizando la metodología *Balance of Care*.

Este modelo representa un cambio de paradigma en los planteamientos actuales y pone el énfasis en conseguir una oferta flexible, por tanto condiona la cartera de servicios, y adaptable a las necesidades de cada uno y a los diferentes entornos en el que se encuentran las personas.

En este proceso de planificación la Conselleria ha contado con la colaboración de los propios usuarios de servicios y sus familiares, así como con los profesionales que atienden a estas personas.

Este artículo recoge el proceso llevado a cabo para la planificación mediante la metodología *Balance of Care*.

1. Introducció

La nova Llei de Serveis Socials de les Illes Balears (Llei 4/2009, d'11 de juny) considera la planificació de serveis «un element fonamental per aconseguir actuacions ordenades i coordinades que permetin dur a terme polítiques realment eficaces i eficients» (exposició de motius). Alhora, l'augment del nombre de persones grans i de persones grans amb dependència constitueixen uns dels reptes més importants que tenen plantejats les societats desenvolupades. Aquest repte comprèn no solament assegurar la sostenibilitat dels recursos necessaris per prestar l'atenció que aquestes persones necessitaran, sinó també donar resposta a les noves necessitats que planteja la realitat actual de la vellesa, els nous perfils de persones grans, les quals tenen un nivell educatiu més elevat, un nivell de qualitat de vida diferent, i un ventall de preferències i valors més ampli i divers.

En aquest marc, la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració ha dut a terme al llarg de l'any 2010 un procés de planificació dels recursos del sistema públic de serveis socials necessaris per atendre les persones grans amb dependència, per a la qual s'ha fixat l'horitzó temporal de l'any 2015.

Per fer aquesta planificació la Conselleria ha aplicat un model de planificació nou, que es basa a analitzar les necessitats i no l'oferta ni els recursos disponibles per créixer, com han fet fins ara la majoria de les administracions públiques.

2. Les persones grans amb necessitat d'atenció social a les Illes Balears

Per planificar els recursos que necessita una Administració pública per atendre la gent gran amb necessitat d'atenció social del seu territori ha de partir de la realitat que el col·lectiu de persones grans no és homogeni, sinó que engloba una realitat plural de situacions de necessitat diferents.

La primera diferenciació de perfils de necessitat la fa la Llei 39/2006, de 14 de desembre, coneguda com a Llei de la dependència. Tot i que la dependència no és exclusiva de les persones grans, aquest col·lectiu n'és l'afectat principal. Aquesta llei configura el sistema d'atenció a la dependència a partir d'una classificació de nivells i graus de dependència. El nivell i grau de dependència de cada persona són determinats mitjançant l'aplicació d'un barem que estableix els criteris per valorar l'autonomia de la persona, la capacitat que té per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) (menjar, higiene personal, mobilitat essencial, activitats domèstiques bàsiques, etc.) i la necessitat que té de suport. El reconeixement d'un nivell de dependència i grau concrets de la persona determina els serveis o prestacions als quals pot tenir accés.

Més concretament, la Llei de la dependència estableix tres nivells de dependència: dependència moderada, dependència severa i gran dependència, els quals són definits segons el nombre de vegades al dia que la persona necessita ajuda. La dependència moderada és la que requereix suport per fer diverses ABVD com a mínim una vegada al dia; la dependència severa és la que requereix suport entre dues o tres vegades al dia, i la gran dependència requereix el suport continuat d'una tercera persona.

En aquesta classificació, la norma no introdueix cap menció específica a les persones grans que pateixen demències, les quals tenen unes característiques específiques que determinen unes necessitats diferents en el tipus de tractaments, intensitat i en el seguiment de la malaltia. Forma part del debat actual del sector acordar la millor manera possible d'atendre les persones grans amb demència per optimitzar-los la qualitat de vida. I un dels punts principals del debat és si convé aplicar un model d'atenció integrat amb la resta de persones grans o bé un d'especialitzat per a les persones que pateixen aquesta síndrome. Més enllà del debat, el que és plenament acceptat és que les persones amb demència requereixen una atenció diferent i això, en un context de planificació de serveis, recomana que definim perfils de necessitat diferenciats.

L'atenció a la dependència és la necessitat social principal de les persones grans, però poden patir-ne d'altres, com, per exemple, la solitud, la manca de recursos econòmics, la disponibilitat d'un habitatge en condicions, etc. Aquestes altres necessitats socials, a més de ser considerades per la importància que tenen en si mateixes, també han de ser enteses com a factors que contribueixen a prevenir l'aparició de situacions de dependència o a accelerar-la.

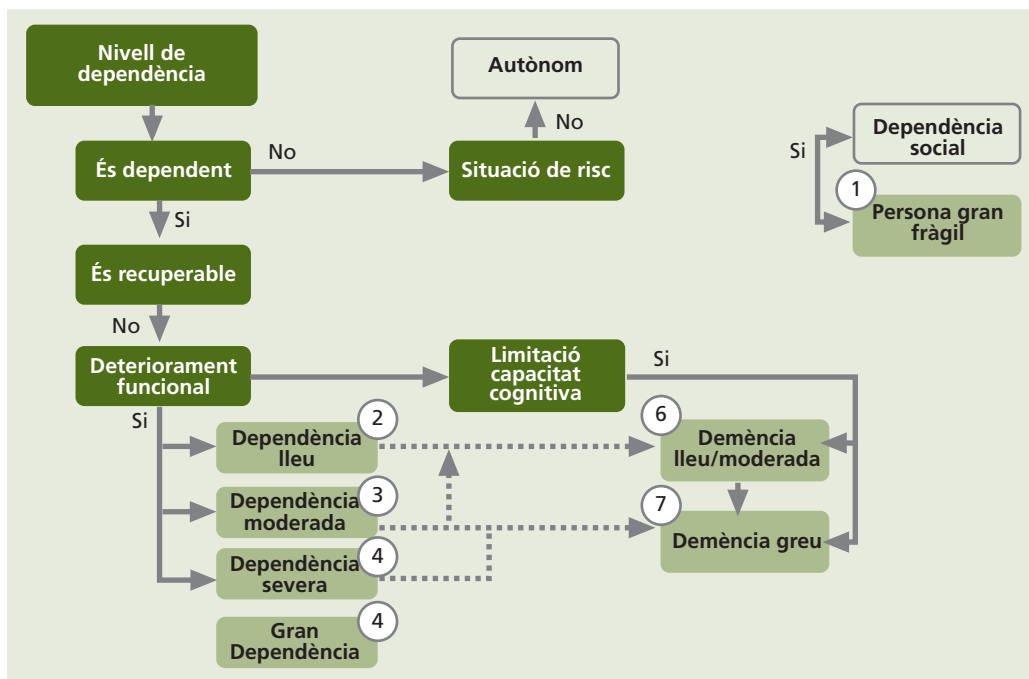
En aquest sentit, podem definir dos perfils de necessitat nous. D'una banda, les persones grans fràgils, que són autònomes, però que viuen en una situació precària associada a aspectes de salut (gent gran polimedicada, que pateix patologies cròniques que tendeixen a la incapacitat, etc.), a una mobilitat escassa o a circumstàncies socials adverses (aïllament, habitatge en mal estat, pocs recursos econòmics, etc.). D'altra banda, les persones grans que tenen una dependència lleu. Presenten limitacions incipients en la capacitat funcional física, les quals es tradueixen fonamentalment en nivells de dependència diferents per dur a terme les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) (anar a comprar, utilitzar el telèfon, preparar el menjar, controlar la medicació, etc.). Aquestes persones no arriben a assolir la puntuació mínima necessària perquè siguin reconegudes oficialment en cap nivell de dependència.

Fins ara, per diferenciar els perfils de necessitats de les persones grans hom ha fet referència bàsicament a criteris que mesuren la capacitat funcional de les persones i el seu deteriorament cognitiu. Per tenir una perspectiva completa de les necessitats d'atenció de les persones grans, però, cal introduir també una variable que reculli el nivell de suport

social i familiar amb què compta la persona. Les necessitats que té una persona gran amb un nivell de dependència severa no són les mateixes si viu en un entorn familiar estable, on hi ha la presència continuada d'una persona cuidadora, que si viu sola.

Podem estandarditzar tres nivells diferents de xarxes de suport. En un primer nivell, situaríem les persones grans que viuen en un entorn familiar estable i en el qual hi ha una presència continuada d'una persona cuidadora d'una generació posterior a la seva; en el segon nivell, les persones grans que viuen en un entorn familiar fràgil i en què aquesta fragilitat prové del fet que la persona cuidadora és de la seva mateixa generació (normalment, la parella) i, per tant, també és una persona gran, probablement en situació de fragilitat, o bé perquè l'atenció de la persona cuidadora és esporàdica (per exemple, un fill/a que treballa tot el dia); i, en l'últim nivell, les persones grans que viuen soles.

La identificació d'aquest conjunt de situacions diferents ens permet construir un conjunt de perfils de necessitat que recollim gràficament en la figura 1.



Font: Antares Consulting

La distinció de perfils de necessitat dins el col·lectiu de la gent gran fa que hàgim de parlar de combinacions de serveis i recursos diferents, en tipus o en intensitat, per respondre també a situacions diferents.

La definició de les opcions d'atenció adequades per a cada perfil de necessitat i el pes demogràfic de cadascun han de conformar la base d'un sistema de planificació de recursos que vulgui situar, efectivament, les persones en el centre del sistema.

Respecte de la quantificació del pes demogràfic de cada perfil, cal dir, en primer lloc, que la manca de dades és un element que caracteritza el sistema social espanyol i que dificulta enormement la presa de decisions. Això fa que necessàriament en uns determinats casos hàgim d'assumir hipòtesis que ens permetin avançar en la quantificació de la realitat social.

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència recent pot contribuir a millorar totes les dades de què disposam actualment en relació amb la gent gran dependent, però, en tot cas, caldrà esperar que el sistema estigui totalment implantat —cosa que no està prevista fins l'any 2015— per poder tenir una base de dades consistent. Mentrestant, podem prendre les dades provinents de les valoracions que hom va fent com a dades provisionals per quantificar el pes demogràfic de cada un dels tres nivells de dependència definits per la Llei; hem de tenir en compte —com ja hem comentat— que el reconeixement de tots els nivells de dependència no serà efectiu fins el 2015. La Conselleria, per planificar els recursos, ha utilitzat les dades de les valoracions de la dependència en persones que tenien més de seixanta-cinc anys, amb data de desembre de 2009, i a les quals ha afegit un valor diferencial. Aquest valor diferencial pretén recollir, d'una banda, la realitat de les persones grans que no expressaran la demanda de valoració (han quantificat aquesta demanda no expressada en un 20% de les valoracions fetes), i, d'altra banda, quantificar el nombre de persones de grau II i grau I que encara no han entrat en el sistema, atès el calendari d'implantació de la llei (han quantificat un 20%, en el grau II, i un 50%, en el grau I).

Per quantificar demogràficament les persones grans fràgils, la Conselleria ha utilitzat com a font l'*Enquesta de Salut de les Illes Balears* i ha pres l'edat, la limitació en les ABVD i la valoració de l'estat de salut com a variables determinants. Ha considerat que són persones grans fràgils totes les que tenen vuitanta-cinc anys i que no tenen limitacions per fer les ABVD, i les que en tenen més de seixanta-cinc i menys de vuitanta-cinc, que no tenen limitacions en les ABVD, però que valoren el seu estat de salut com a dolent o molt dolent. Les percepcions subjectives de l'estat de salut proporcionen un indicador simple i directe de l'estat de salut global, que captura malalties i altres símptomes relacionats amb el malestar psicològic i les perspectives de millora o empitjorament que té la persona afectada; és considerat un bon indicador de risc.

En el cas de les persones amb dependència lleu, hom ha considerat una bona dada per quantificar-ne la prevalença el nombre de persones grans que s'han fet la valoració de la dependència (i que, per tant, es reconeixen a si mateixes en situació de dependència), però que no han assolit la puntuació mínima necessària per obtenir el reconeixement del primer grau de dependència que reconeix la llei.

Prenent aquestes fonts de dades com a referència, han estat calculades les prevalències actuals per a cada un dels perfils de necessitat, tal com està recollit al quadre 1:

Perfils	Prevalença respecte població >65 anys (%)
Autònoms fràgils	5,01
Dependència lleu	2,09
Dependència moderada	5,45
Dependència severa	2,96
Gran dependència	2,61
Demència amb dependència severa	1,93
Demència amb gran dependència	3,39
Total	23,44

Per projectar aquestes prevalències en un escenari futur, hom pot adoptar hipòtesis diverses sobre l'evolució de l'esperança de vida lliure de dependència. Les anàlisis sobre el fenomen de la compressió de la morbiditat han demostrat que millorar el control dels factors de risc¹ i que la població tingui uns hàbits més saludables incideixen a disminuir les prevalències de la dependència.² Atès que hi ha manca de consens internacional al respecte, aquest exercici de planificació ha optat per mantenir les prevalències constants al llarg del temps.

L'aplicació d'aquestes prevalències a les estimacions de població que fa l'INE per a les Illes Balears, en l'horitzó temporal del 2015, ens facilita la proporció de població de més de seixanta-cinc anys amb necessitats socials que caldrà atendre en aquest període.

Casos esperats		
Persones majors	Població 2010	Població 2015
Autònoms fràgils	7.488	8.486
Dependència lleu	3.124	3.540
Dependència moderada	8.145	9.231
Dependència severa	4.424	5.014
Gran dependència	3.901	4.421
Demència amb dependència severa	2.884	3.269
Demència amb gran dependència	5.066	5.742
Total	35.032	39.702

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

¹ Pérez J. «Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida». [Hi hem accedit el 18 de març de 2010]. El text d'aquesta conferència està disponible al web: <http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.htm>.

² Freedman, V. A.; Schoeni, R. F.; Martin, L. G.; Corman, J. (2007). «Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability». *Demography* 44 (3), pàg. 459-477. Trends Working Paper. Series 06-5. [Hi hem accedit el 18 de març de 2010]. Text disponible al web: <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>>.

3. L'anàlisi de necessitats socials

En el marc de la planificació dels recursos del sistema públic de serveis socials per atendre les persones grans amb dependència en el període 2010-2015, la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració ha fet un estudi qualitatiu per disposar d'informació sobre la manera com els professionals de l'atenció social, les persones grans i els familiars valoren les seves necessitats socials, i quina consideren que és la millor manera d'atendre-les.

La conselleria va organitzar dos tallers participatius, el 27 de novembre de 2009; en un hi participaren persones grans amb dependència i els familiars, i en l'altre, tècnics i professionals de l'atenció social; en total, vint-i-una persones. Les sessions de treball varen ser plantejades per separat per evitar que hi hagués interferències entre les persones afectades i els professionals del sector.

La selecció dels participants es va fer intentant cercar una representació plural, des d'un punt de vista territorial, dels serveis utilitzats pels usuaris/es i els familiars, de la naturalesa de la problemàtica de les persones afectades i de la formació i experiència dels professionals.

La relació de necessitats que hem identificat en aquest treball no pretén ser exhaustiva ni substituir altres estudis existents. L'objectiu és simplement recollir un conjunt d'opinions i de percepcions manifestades a través de l'experiència i el coneixement, amb la finalitat de contribuir a millorar les polítiques d'atenció a les persones grans amb dependència que es duquin a terme en els pròxims anys a les Illes Balears.

3.1. Un model d'atenció nou

Un dels reptes principals als quals s'enfronta l'atenció sociosanitària actualment i en la majoria dels països d'Europa és la manera com ha de fer la transició d'un model de provisió de serveis, centrat en els aspectes més relacionats amb l'atenció a les necessitats funcionals de les persones, a un model centrat en l'increment de la qualitat de vida de les persones amb dependència.

El concepte de qualitat de vida és ampli i ambigu i ha generat moltes definicions. La més acceptada és la que va fer l'Organització Mundial de la Salut,³ que defineix la qualitat de vida com: «la percepció de l'individu de la seva posició en la vida, en el context de la cultura i sistema de valors en els quals viu i en relació amb els seus objectius, expectatives, estàndards i preocupacions». És un concepte ampli que incorpora la salut física de la persona, l'estat psicològic, el nivell d'independència, les relacions socials, l'ambient i les creences personals.

³ World Health Organization. *Report of WHOQOL. Focus Group Work*. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9) 1993b.

El concepte de qualitat de vida s'ha traduït, entre d'altres, en la defensa de la personalització dels serveis i la llibertat d'elecció dels usuaris/es, en un model d'atenció que respecti la identitat pròpia de cada persona i les seves preferències.

Els participants en els tallers varen proposar aquest marc de reflexió i varen defensar que és necessari modificar el model d'atenció a les persones grans amb dependència.

En concret, varen plantejar quatre qüestions:

- La necessitat de flexibilitzar el model de provisió de serveis actual perquè es puguin adaptar a les característiques de cada usuari (preferències, trajectòria de vida, entorn personal, etc.).
- La necessitat de redefinir el model d'atenció en els centres residencials, caracteritzats fins ara per la rigidesa i la uniformitat en les atencions, la despersonalització i la distància respecte de la comunitat. Hom planteja que és necessari passar d'un «model d'institucionalització» a un altre de més semblant a una llar. Aquest canvi de model implica aspectes materials i no materials, des de la dimensió dels centres, la disponibilitat d'habitacions individuals i objectes personals dels residents, a l'atenció a les característiques personals dels usuaris, l'increment de la seva capacitat d'elecció, de les relacions amb la comunitat, etc.
- La necessitat de prestar més atenció als serveis de prevenció i rehabilitació, ja que contribueixen d'una manera decisiva a augmentar la qualitat de vida de les persones grans, perquè endarrerix l'aparició de limitacions funcionals i de situacions de dependència. Un document recent de la Comissió Europea⁴ reconeix que a molts països de la Unió aquest tipus de serveis encara estan poc desenvolupats i subratlla les dificultats que tenen les persones grans per accedir-hi: problemes de mobilitat, manca de formació en geriatria per part dels professionals de la salut, les barreres que imposa la normativa en alguns països, on l'àmbit de treball queda restringit a fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals i, fins i tot, la barrera que implica que les persones grans hagin de superar la manca de confiança en l'efectivitat d'aquests serveis.
- La necessitat d'atendre les situacions de solitud i d'estimació de les persones grans. Un estudi de l'IMSERSO⁵ assenyalava que entre el 10% i el 14% de les persones grans afirmen que sovint se senten soles, i al voltant d'una tercera part afirmen que s'hi senten de manera ocasional. Els trastorns depressius i d'angoixa són els trastorns psiquiàtrics més freqüents en les persones grans. A principis d'aquest segle, l'Organització Mundial de

⁴ European Centre for Social Welfare Policy and Research (2009). *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. Vienna, august 2009.

⁵ CIS-IMSERSO (2000). *La soledad de las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.

la Salut alertava ja dels riscos que podien suposar els trastorns psiquiàtrics com a causa de discapacitat i posava un èmfasi especial en l'efecte d'aquests trastorns en les persones d'edat avançada. La vellesa és, probablement, l'època de més fragilitat afectiva del ser humà. Als canvis neurològics que amb freqüència acompanyen l'envelliment cerebral s'hi afegeixen altres factors de tipus psicosocial molt comuns en les persones grans i que poden facilitar l'aparició de la solitud i de sentiments depressius, com la manca de relacions familiars satisfactòries, la pèrdua de sers estimats, la pèrdua progressiva de rol social, el descens de la participació en activitats socials, etc.

3.2. Potenciar les actuacions en l'entorn domiciliari i comunitari

Durant molt de temps, el model d'atenció residencial era el model amb què la societat atenia les persones vulnerables i les que tenien dependència.

Els darrers anys ha estat molt qüestionat si aquest model és la millor opció per atendre aquestes persones. En general, els estudis mostren que hi ha més bons resultats en l'atenció, en termes de salut i longevitat, i nivells més elevats de satisfacció personal dels usuaris/es en els models d'atenció comunitaris. Malgrat això, la Comissió Europea afirma que, encara que «els serveis comunitaris ofereixen, en general, més bons resultats en termes de qualitat de vida per a les persones amb dependència que els models d'atenció residencial, aquests serveis, per si sols, no són garantia suficient per obtenir uns resultats més bons».⁶

3.2.1. Els serveis d'atenció domiciliària

Potenciar els serveis d'atenció domiciliària és imprescindible si hom vol afavorir la permanència de les persones amb dependència en l'entorn comunitari.

En aquest sentit, els participants en els tallers varen plantejar, d'una banda, que era necessari evolucionar envers un ventall més ampli de serveis que cobreixin tot tipus de suport que una persona amb dependència pugui requerir en la vida quotidiana, des de l'ajuda en el manteniment de la llar, a un servei de petites reparacions domèstiques, servei de menjar a domicili, de podologia, de rehabilitació i manteniment físic, etc. I, d'altra banda, la necessitat d'augmentar la intensitat del servei que és ofert actualment a les Illes Balears. L'any 2009 es varen prestar 563.493 hores d'atenció domiciliària al conjunt de les Illes Balears i a un total de 3.868 persones. Aquestes xifres representen una mitjana de 2,8 hores setmanals per usuari/a.

⁶ European Commission (2003). *Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiatives on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People.*

3.2.2. L'adaptabilitat de les llars

Les estadístiques⁷ mostren que aproximadament una tercera part de les persones de més de seixanta-cinc anys pateixen una caiguda a l'any, percentatge que s'eleva al 50% en les persones de més de vuitanta-cinc anys. Aproximadament, la meitat d'aquestes caigudes es produeixen en l'entorn domiciliari. Entre el 20% i el 30% de les persones grans que cauen pateixen alguna lesió que els redueix la mobilitat i el 6% pateixen alguna fractura, que els ocasiona una gran discapacitat i dependència. Tampoc no n'hem d'oblidar les conseqüències psicològiques, ja que la majoria de les persones que han caigut tenen por de patir un altre accident; aquesta síndrome és la síndrome postcaiguda.

Davant aquesta realitat, les adaptacions a la llar per fer-la més segura i més còmoda per a la vida quotidiana de les persones grans són una mesura preventiva important.

Les persones grans varen manifestar que necessitaven més informació sobre aquestes mesures, assessorament especialitzat per aplicar-les a la llar i ajudes econòmiques en els casos en què adaptar la llar representi una despesa econòmica important per a la unitat familiar.

3.2.3. Els habitatges amb serveis

Els habitatges amb serveis constitueixen una passa intermèdia entre el domicili i la residència. Aquest tipus d'habitatges ofereixen un entorn adaptat i uns serveis comuns que permeten que les persones grans continuïn vivint en un entorn comunitari. A més, proporcionen a les persones grans més oportunitats per a la interacció social. La importància de les relacions socials i el suport comunitari per al benestar de les persones grans estan àmpliament documentats. Un estudi recent fet als Estats Units mostra, a més, que les relacions establertes per les persones grans en aquests tipus d'habitatges esdevenen més importants per al seu benestar emocional que les relacions anteriors.⁸

Els habitatges adaptats estan força desenvolupats en alguns països europeus i als Estats Units, i hi ha varietat d'alternatives. Desenvolupar aquests tipus d'equipaments aquí, però, encara és una assignatura pendent.

7 Salvà, Antoni. (2008). «Epidemiologia de les caigudes en les persones grans». Treball presentat a les III Jornades Multidisciplinàries Catalanes de Residències de Gent Gran. Barcelona: Bellaterra, novembre.

8 Street, D. [et al.] (2007). *The salience of social relationships for resident well-being in assisted living*. Journals of Gerontology: Series B. Vol. 62 B (núm. 2).

3.2.4. Mobilitat

Una part de les persones grans amb dependència que viuen en el seu domicili demanen ajuda per desplaçar-se amb seguretat en l'entorn comunitari. Disposar d'aquesta ajuda pot ser un factor clau per a la seva integració social efectiva.

Estendre el transport adaptat i desenvolupar un servei d'acompanyament per fer gestions diverses (compres, visites al metge, gestions administratives, etc.) són dues mesures que han estat plantejades com a necessàries en aquest àmbit.

3.2.5. Les xarxes comunitàries

Finalment, en la potenciació de la permanència de les persones grans amb dependència en l'entorn comunitari, hom planteja una darrera línia d'actuació, que consisteix a construir xarxes comunitàries. Millorar les condicions per permetre que les persones grans puguin viure a casa seva no implica solament atendre les seves necessitats individuals: les persones grans viuen en comunitats i les comunitats són un recurs essencial per proporcionar qualitat de vida.

Construir xarxes comunitàries implica un conjunt d'iniciatives diverses que van des de redefinir els serveis generals des d'una perspectiva universal per facilitar-hi l'accés de les persones grans; oferir-los més oportunitats perquè s'impliquin en la vida comunitària, o definir mecanismes de relació entre els serveis i recursos existents en la comunitat (farmàcies, comerços, serveis socials de base, etc.) per establir mecanismes de supervisió i suport per a les persones grans fràgils. Establir d'una manera efectiva aquest tipus de relacions implica un canvi important en la manera de treballar dels serveis socials i un lideratge necessari des de l'entorn institucional.

3.3. Millorar l'atenció residencial

Malgrat el consens generalitzat que és necessari potenciar l'atenció comunitària en detriment de la residencial, hem de tenir en compte que aquella no sempre és el recurs millor per a tot tipus de persones amb dependència, sinó que, en alguns casos, l'atenció residencial continua sent la més apropiada.

Més enllà de la caracterització tradicional de l'atenció residencial com a «model d'institucionalització», la qualitat del sector residencial ha estat qüestionat en moltes ocasions i constitueix un tema de preocupació per als usuaris, familiars i decisors públics.

En els tallers organitzats, varen ser identificats tres aspectes clau relacionats amb la qualitat del sector residencial. Dos d'aquests aspectes fan referència a qüestions sobre els recursos humans: els d'atenció sociosanitària són serveis intensius en recursos humans, ja

que hi destinen aproximadament el 80% del pressupost, i, per tant, és lògic que siguin clau en la qualitat d'aquests serveis.

La primera qüestió que va ser plantejada va ser la manca de personal en els centres. L'existència d'equips inadequats, ja sigui numèricament o per la composició dels perfils professionals, té conseqüències directes en la qualitat de l'atenció.

La normativa que regula les ràtios de personal de les residències a les Illes Balears és el Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i de funcionament dels centres i serveis per a persones grans, tant públics com privats. Hom considera que és necessari actualitzar aquesta normativa per recollir els canvis que han esdevingut els darrers anys, tant en els perfils de les persones que accedeixen a aquest servei com en els requeriments, més amplis i més complexos, del model d'atenció.

Això a banda, l'atenció a persones amb dependència és un sector en què hi ha nivells elevats de baixes de personal i de taxes de rotació, per tant, la gestió d'aquests aspectes és clau per al funcionament dels centres. La major part dels estudis assenyalen que les causes principals són les càrregues de treball elevades, el desànim i la manca de formació.

La manca de formació del personal prové, d'una banda, de l'augment de la complexitat de la situació de les persones que actualment estan en els centres residencials, la qual cosa requereix més coneixements tècnics i habilitats per atendre-les correctament.

Probablement, el fet que la major part dels treballadors del sector no estiguin satisfets amb les condicions de treball ni amb els convenis salarials i que considerin que la seva feina està poc valorada incideix en aquest sentit.

A més, augmenten les dificultats per trobar personal disponible per treballar en el sector, característica que és comuna a altres països d'Europa i que ha esdevingut un dels reptes del sector per als anys que vénen.

Per últim, també és necessari millorar els controls de qualitat que es practiquen en els centres. Els qui participaren en els tallers varen considerar que els controls de qualitat se centren massa en els aspectes procedimentals de l'atenció i que, en canvi, haurien de donar més importància a indicadors que mesurin l'efectivitat de les intervencions, la qualitat de vida i la satisfacció dels usuaris/es dels serveis.

3.4. L'atenció a les persones afectades per demències

La prevalença de les demències augmenta amb l'edat i es duplica aproximadament en cada grup d'edat quinquennal: d'un 1,5%, en el grup d'edat comprès entre els

seixanta-cinc i seixanta-nou anys, a pràcticament un 25%, en les persones de més de vuitanta-cinc anys.⁹

La intensitat dels recursos necessaris per atendre les persones que pateixen demència, especialment en les fases més avançades de la malaltia, i les dificultats que pot implicar el fet que convisquin amb altres persones grans expliquen el debat que hi ha actualment sobre el model d'atenció més adequat. La qüestió principal que és plantejada és si l'atenció a les persones que pateixen una demència és més efectiva si és duta a terme en un model integrat, amb altres persones grans que no pateixen la malaltia, o en un model especialitzat per a persones amb aquestes característiques.

La recerca en el camp de les demències, sigui en l'àmbit de la prevenció, del tractament o de l'atenció, té encara un ampli camp per recórrer els pròxims anys.

3.5. Potenciar les actuacions preventives

L'augment, els darrers anys, del nombre de persones grans en situació de dependència (que és motivat, principalment, per l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de les poblacions) ha fet remarcar la importància de les actuacions preventives com a mecanisme per reduir l'aparició de la dependència o endarrerir-la.

El concepte d'actuacions preventives engloba un conjunt divers que va des d'activitats de promoció de la salut a d'altres que estan més relacionades amb la promoció de l'envelliment actiu i la promoció de la interrelació personal, o actuacions relacionades amb les condicions socioeconòmiques de les persones grans.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència reconeix, en el catàleg de serveis que han de ser desenvolupats de manera prioritària, els serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal. L'article 21 de la Llei defineix aquests serveis en els termes següents: «Tenen la finalitat de prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i les seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat entre els serveis socials i de salut, actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació dirigits a persones grans, persones amb discapacitat i persones afectades per processos complexos d'hospitalització». El mateix article estableix que el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència haurà d'acordar els criteris, recomanacions i condicions mínimes que hauran de complir els plans de prevenció de les comunitats autònomes. Fins ara, aquests criteris no

⁹ Ferri, C. L. [et al.] (2005). *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. The Lancet. Vol. 366.

han estat acordats i, en general, els serveis de prevenció encara estan poc desenvolupats a la majoria de les comunitats autònomes espanyoles.

En el marc de les actuacions preventives, la necessitat de definir dispositius que permetin les administracions detectar les persones grans en situació de fragilitat —les quals moltes vegades no tenen contacte amb els serveis socials— és també un dels reptes principals de l'atenció a la dependència.

3.6. Enfortir l'espai sociosanitari

L'augment de l'esperança de vida i de la prevalença de malalties cròniques té una correlació important amb les situacions de dependència, i això evidencia que és necessari disposar d'un model assistencial que coordini l'atenció social i sanitària per poder atendre adequadament la persona. Tot i que l'atenció sociosanitària admet persones de qualsevol edat, les persones grans són les que consumeixen el percentatge més elevat de l'activitat assistencial.

Malgrat això, coordinar l'atenció social i sanitària és una tasca complexa i actualment és un dels reptes principals en l'atenció a la dependència.¹⁰ La mateixa fragmentació interna del sistema sanitari i del sistema social, la varietat de proveïdors i les diferències en la cultura i en la gestió d'ambdós sistemes en són alguns dels obstacles principals.

L'atenció sociosanitària en l'àmbit espanyol és reconeguda a l'article 14 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, però ha tingut un desenvolupament efectiu molt baix.

En el cas de les Illes Balears, l'any 2003, el Servei de Salut va elaborar el Pla sociosanitari de les Illes Balears i cada Consell insular ha desenvolupat també el seu pla propi. En relació amb aquest punt, les persones que participaren en els tallers de treball varen destacar, d'una banda, que és necessari augmentar el nombre de places existents en els recursos específics d'atenció sociosanitària i, de l'altra, estendre la coordinació sociosanitària a tots els processos d'atenció a les persones grans.

3.7. L'atenció als cuidadors/es informals

Els cuidadors/es informals proveeixen la major part de l'atenció que reben les persones grans a Europa, aproximadament el 80% del total de l'atenció, independentment de la quantitat de serveis formals que tinguin disponibles les persones grans a cada país.

¹⁰ Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Antares Consulting, S.A. Extret dia 10 de juny de 2010 del web: <<http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/pdf2.pdf>>.

Els serveis formals actuen més com a complement en l'atenció que com a substituïts de l'atenció informal.

Això a banda, de cada vegada hom és més conscient de les repercussions que provoca en les persones cuidadores l'activitat de cuidar: canvis en la situació laboral i econòmica, en la disponibilitat de temps lliure, conflictes en les relacions familiars, un estat de salut pitjor, cansament, fatiga, angoixa, canvis en l'estat d'ànim, etc.

Les persones cuidadores són majoritàriament dones i tenen més de cinquanta anys; un 20% en tenen més de seixanta-cinc.¹¹ L'impacte que l'activitat de cuidar pot tenir en una persona gran, ja de per sí fràgil, més vulnerable a les repercussions físiques i psíquiques, pot ser encara més significatiu. Per això, és important disposar dels mecanismes adients per identificar aquests cuidadors/es fràgils i oferir-los els serveis necessaris que els ajudin a minimitzar l'impacte que l'activitat de cuidar pot provocar-los en la salut.

Davant d'aquesta situació, les administracions han desenvolupat alguns serveis d'atenció a les persones cuidadores: serveis de respir, d'informació, formació i assessorament, serveis de suport psicològic, grups d'autoajuda, etc.

Les persones cuidadores que varen assistir als tallers varen valorar molt positivament aquests serveis, però en millorarien la proximitat en el territori i la flexibilitat en les maneres de proveir els serveis (ampliar els horaris dels centres de dia; no establir durades mínimes i màximes en les estades de respir; disposar de serveis de respir de cap de setmana i de respir domiciliari; estendre el servei de suport psicològic també a les famílies que decideixen dur els familiars a una residència, etc.).

3.8. Millorar la informació per a les persones grans i llurs famílies

Disposar d'informació moltes vegades és la porta d'accés als serveis i a les ajudes disponibles. En el cas de les persones grans amb dependència, poder accedir a aquesta informació encara és més important, atès que aquests serveis poden ajudar a millorar de manera substancial la seva qualitat de vida. Això a banda, les persones grans demanen no solament informació, sinó també assessorament i suport personalitzat.

És necessari, doncs, desenvolupar sistemes d'informació, assessorament i de suport, que facilitin l'accessibilitat de les persones grans als serveis que els poden ajudar a millorar la seva situació i/o prevenir l'aparició de situacions de dependència o endarrerir-la.

¹¹ Rogero-García J. (2009). «Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública* 83, pàg. 393-405.

4. La planificació de serveis socials per a persones grans

Planificar tots els serveis socials i socio-sanitaris per cobrir les necessitats d'una població és una de les decisions que té més implicacions i més impacte i que han de prendre els poders públics.

La planificació correcta és l'única manera d'assegurar una provisió de serveis eficaç que respongui d'una manera adequada i eficient a les necessitats de les persones, i que asseguri una utilització òptima dels recursos, que normalment són limitats.

La planificació de serveis sempre és un repte per a les organitzacions perquè implica:

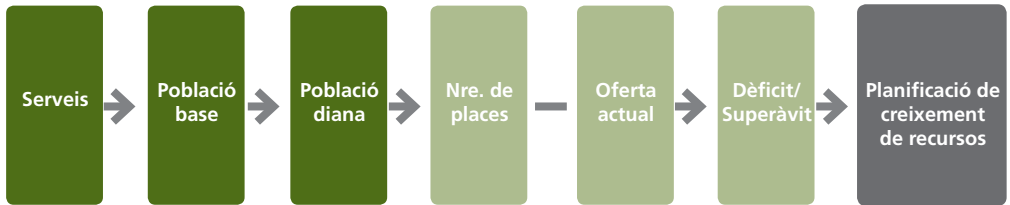
- L'organització i la gestió global d'un conjunt important d'informació. Aquest punt pren importància especialment en l'àmbit dels serveis socials, que en general està caracteritzat per disposar d'informació poc estructurada i poc sistematitzada.
- La territorialització de serveis per assegurar una cobertura homogènia en tot el territori.
- La capacitat de definir i explicar els criteris que justifiquin la planificació. Es passa de planificar a partir d'un creixement de cobertures a definir uns criteris en funció de la manera com les persones volen ser ateses; per exemple, si preval el servei domiciliari per sobre del residencial, o si els cuidadors informals tenen un paper principal en l'atenció a les persones grans amb dependència.

Segons la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, correspon a l'Administració Autònoma de les Illes Balears la planificació general dels serveis socials en col·laboració amb els consells insulars.

Aquest nou marc legal vigent a les Illes dona lloc a un canvi de paradigma en els plantejaments fets avui i posa l'èmfasi més important a aconseguir una oferta flexible i adaptable a les necessitats de cadascú i als entorns diferents en què estan les persones.

La planificació tradicional —molt present encara a la majoria de les comunitats autònomes d'Espanya— és un procés centrat en l'oferta de recursos que s'han d'assolir per cobrir una demanda teòrica. Com podem observar a la figura 2, el procés parteix dels serveis disponibles i de la població beneficiària del col·lectiu objecte de la planificació; en el nostre cas, les persones grans.

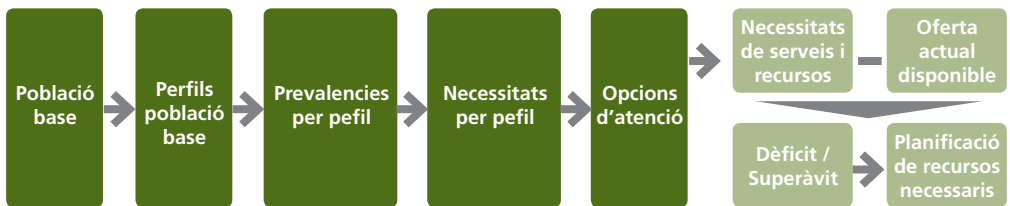
La planificació és el resultat del dèficit o superàvit de places que resulta de restar el nombre de places necessàries per al col·lectiu de referència i l'oferta actual disponible al territori.



La lògica d'aquest procés és modificada quan les necessitats de les persones i les seves voluntats passen a ser el centre del sistema, més enllà d'unes cobertures que vulgui assolir.

En aquest plantejament nou, identificar les necessitats de suport que requereixen els qui necessiten els serveis socials és la fase inicial d'un procés que és completat amb la definició de les opcions d'atenció, per cobrir-les a partir de la prestació, en alguns casos combinada amb els serveis possibles, i de la concreció consegüent dels recursos necessaris per produir-los.

El procés segueix l'esquema següent:



4.1. La cartera de serveis socials

Aquesta manera nova de planificar condiona les carteres de serveis noves. Actualment, les carteres de serveis esdevenen un model més rígid, el punt de partida de les quals són els serveis i recursos (centres residencials, diürns, etc.), que inclouen serveis comuns per a cada establiment, intensitat dels serveis globals per a grans perfils, a més d'un ventall molt divers de situacions i una plantilla de professionals genèrica per a cada tipus de centre.

La manera nova de planificar implica canvis en la cartera de serveis perquè duu implícit un model nou de plantejar l'oferta. Amb la lògica de planificar situant la persona i les seves necessitats i voluntats en el centre del sistema, la cartera de serveis social és estructurada a partir dels serveis per a cada àmbit de necessitat. El servei és el que es presta en els diversos àmbits i recursos disponibles:

- Comunitari: quan el servei és prestat des d'una dependència o d'un equipament comunitari; per exemple, els serveis bàsics d'atenció social o el servei de transport adaptat.

- **Domiciliari:** quan el servei és prestat en un entorn domiciliari, com el servei d'ajuda a domicili, ja sigui en el particular de la persona o en d'altres que disposin de serveis comuns.
- **Residencial:** quan el servei és prestat en un àmbit residencial, bàsicament en una residència assistida, però també en un hospital de dia o en un centre de llarga estada.
- **Diürn:** quan el servei és prestat en un centre d'atenció especialitzada i en règim diürn, com els centres de dia, els centres ocupacionals i altres establiments de règim diürn.

Així, la cartera nova és plantejada com un model, que parteix de la persona i les seves necessitats; ofereix serveis particulars per a cada necessitat i cada perfil; deixa lloc que les persones triïn la intensitat dels serveis específica per a cada perfil i situació, i que disposa d'una plantilla de professionals concreta (hores de professional per perfil).

El plantejament nou de la cartera de serveis implica fer evolucionar d'una manera molt important la lògica de la planificació actual, ja que passa del concepte de recurs al de servei de suport. Aquesta evolució permet donar una resposta més adequada a les necessitats específiques de cada persona i que les seves opcions de vida i les característiques de l'entorn en què viu siguin respectades.

4.2. La metodologia *Balance of Care*

El *Balance of Care* (<http://www.balanceofcare.co.uk>) és un model dinàmic de planificació de serveis que va començar a ser desenvolupat els anys vuitanta a la Gran Bretanya. Aquest model ha estat implantat en experiències diverses al Regne Unit, Suïssa, Canadà i Espanya, i en tots els casos ha tingut èxit. Concretament a Espanya, Antares Consulting (<http://www.antares-consulting.com>) té l'exclusiva d'ús i desenvolupament d'aquesta metodologia i l'ha implantat en alguns projectes a Extremadura, Castella i Lleó, Guipúscoa, Catalunya, Aragó, Illes Balears i, fora d'Espanya, a Andorra i Suïssa. A més, ha desenvolupat una eina específica per planificar, la PODA® (Planificació i Optimització Dinàmica Assistencial).

Un dels avantatges principals de la PODA® és que permet recollir d'una manera constant els canvis que es produeixen en les dades en què està basada la planificació, la qual cosa aconsegueix fer una planificació dinàmica que s'adapta als canvis de l'entorn. Una planificació dinàmica permet visualitzar ràpidament la manera com impacta una situació nova en la planificació i permet prendre les decisions adequades per adaptar-la a l'escenari nou.

Per identificar i planificar els serveis necessaris, el model parteix de les necessitats de les persones que cal atendre i de la consideració de la diversitat de maneres de proveir els suports que necessiten aquestes persones.

La planificació amb aquesta metodologia és aplicada, en primer lloc, a partir de la identificació de les necessitats de les persones que han de ser ateses, tal com detallam a l'apartat 2. Parteix de l'agrupació de les persones en un conjunt de perfils que són determinats segons les necessitats de suport que presenten, tenint en compte tant la situació personal com la de l'entorn de cadascú (amb suport familiar/comunitari o sense cap mena de suport). Posteriorment, són calculades les prevalences de cada perfil en el conjunt de la població de persones grans per poder concretar el nombre de persones objectes de ser beneficiàries de serveis durant el període de la planificació.

A partir d'aquests perfils, hom concreta les alternatives d'atenció possibles, tenint en compte la tipologia dels serveis, la intensitat de la prestació i una sèrie de variables que determinaran el model d'atenció que vol prestar: el suport social del beneficiari, el territori on viu —és important per garantir l'equitat i homogeneïtat territorials de la planificació—, les preferències manifestes pels usuaris i les polítiques d'atenció; és a dir, criteris de la planificació que assumeixi l'Administració que té competències al respecte, que en el nostre cas és el Govern de les Illes Balears.

Tenint en compte les opcions d'atenció possibles per a cada necessitat, l'oferta actual de recursos i les possibilitats de finançament existents (públic i privat), el model permet definir escenaris de futur diversos a partir de la quantificació dels recursos necessaris que han de ser promoguts i, per tant, de l'avaluació la seva factibilitat. Aquesta última passa és pròpiament el resultat de la planificació.

Aquesta manera nova de planificar trenca la separació que ha existit tradicionalment en la prestació de serveis socials entre l'oferta i la demanda i engloba aspectes quantitius (càlcul de prevalences i quantificació de serveis) i aspectes més qualitius (models d'atenció, maneres de provisió de serveis, qualitat de vida i satisfacció dels usuaris/es).

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració farà públic el resultat de la planificació —en el qual encara treballa al tancament d'aquesta edició (juny de 2010)— per aconseguir que s'adapti a les necessitats expressades pels usuaris, familiars i professionals i les tingui en compte, i els recursos disponibles.

Referències bibliogràfiques

Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting, S.A. <<http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/pdf2.pdf>>

Pérez, J. (2010). *Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida*. <http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.htm> [consultat el 18 de març de 2010].

Centro de Investigaciones Sociológicas; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2000). «La soledad de las personas mayores». *Boletín del Envejecimiento* (3). Madrid: IMSERSO

European Commission (2003). *Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiatives on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People*. Brussel·les: European Comission.

Ferri, C. (2005). «Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study». *The Lancet* 366. [consultat dia 15 de juny de 2010].

Freedman, V. A.; Schoeni, R. F.; Martin, L. G.; Corman, J. (2007). «Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability». *Demography* 44 (3), pàg. 459-477. <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>> [Consultat el 18 de març 2010].

Marin, B.; Leichsenring, K.; Rodrigues, R.; Huber, M. (2009). *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*.

Rogero-García, J. (2009). «Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública* 83, pàg. 393-405.

Salvà, A. (2008). «Epidemiologia de les caigudes en les persones grans». Treball presentat a les III Jornades Multidisciplinàries Catalanes de Residències de Gent Gran, novembre. Barcelona: Bellaterra.

Street, D. (2007). «The salience of social relationships for resident well-being in assisted living». *Journals of Gerontology* 2 (62B).

Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

World Health Organization (1993). *Report of WHOQOL. Focus Group Work*. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9).

Autores

NÚRIA MASANA NAVARRO

Barcelona, 1975. Llicenciada en Ciències Polítiques per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Polítiques Socials per la Universitat Pompeu Fabra conjuntament amb la Universitat Johns Hopkins.

Actualment, desenvolupa la tasca professional com a consultora sènior a Antares Consulting, que està especialitzada en projectes d'atenció sociosanitària i, en concret, en la planificació de serveis. Anteriorment, havia treballat sis anys a l'Ajuntament de Barcelona com a tècnica de Serveis Socials.

YOLANDA RUEDA FALCÓN

Mataró (Barcelona), 1974. Llicenciada en Investigació i Tècniques de Mercat, diplomada en Estadística i màster de comerç electrònic. Actualment, és manager de la Unitat Social i Sociosanitària d'Antares Consulting (<http://www.atares-consulting.com>), empresa de consultoria especialitzada en salut, ciències de la vida i serveis socials i sociosanitaris. En el camp dels serveis socials i sociosanitaris, està especialitzada en la planificació estratègica de serveis, el disseny de polítiques, l'anàlisi de la utilització i eficiència d'organitzacions, de prestacions i serveis, i en l'organització, avaluació i impacte de serveis. En el camp de les entitats sense afany de lucre, és especialista en la gestió d'entitats i en la captació de fons públics i privats, tant en l'àmbit estatal com en l'europeu. Des de 2006, col·labora també com a vocal del Patronat de la Fundación Signo (<http://www.fundacionsigno.com>). Ha estat la directora general de la Federación Española de Parkinson (2003-2007) i membre del patronat de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (2005-2007).

**RESPOSTA DELS SERVEIS SOCIALS DE LA
MANCOMUNITAT DEL PLA
DE MALLORCA A LES PERSONES GRANS
DE LA MANCOMUNITAT DEL PLA**

Resposta dels Serveis Socials de la Mancomunitat del Pla de Mallorca a les persones grans de la Mancomunitat del Pla

Equip tècnic dels Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca (Petra Juan Socias, Margalida Rosselló Bauçà, Maria Magdalena Viedma Viedma, Iolanda Cirer Sotos, Francisca Rosselló Mas, Margalida Maria Ribot Moll, Francisca Isabel Rodríguez Fiol, Catalina Carme Cruelles Julià, Carme Corredera Gascó, Isabel Maria Carrió Pons-Estel, Maria Bonet Oliver, Isabel Molina Ramírez, Margalida Perelló Llompart).

Resum

El present article efectua un recorregut al llarg de la Mancomunitat del Pla de Mallorca per tal de poder exposar les prestacions i els serveis que té a la seva disposició la nostra gent gran.

Cal tenir en compte que la Mancomunitat del Pla de Mallorca és la zona més envellida de la nostra illa: aquesta realitat fa que a l'hora de planificar des dels Serveis Socials Comunitaris, es prioritzi el sector de la gent gran.

El 2008 els Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat del Pla de Mallorca varen implementar el sistema de dependència, la qual cosa ens ha permès realitzar unes reflexions per afrontar el futur amb uns serveis de qualitat i adaptats a la realitat d'una societat en permanent canvi.

Aquest fet ha suposat un gran esforç per part de l'equip tècnic del Departament de Serveis Socials Comunitaris, ja que s'ha hagut de reestructurar de bell nou per adaptar-se a aquesta realitat, amb el convenciment de treballar per millorar i apropar els serveis a la ciutadania dels municipis del Pla de Mallorca.

Resumen

El presente artículo efectúa un recorrido a lo largo de la Mancomunitat Pla de Mallorca con el fin de poder exponer las prestaciones y servicios que están a disposición de nuestros mayores.

Se tiene que tener en cuenta que la Mancomunitat Pla de Mallorca es la zona más envejecida de nuestra Isla, esta realidad hace que a la hora de planificar desde los servicios sociales comunitarios se priorice el sector de las personas mayores.

En el 2008 los servicios sociales comunitarios de la Mancomunitat Pla de Mallorca implementaron el sistema de dependencia, lo cual nos ha permitido realizar unas reflexiones para encarar un futuro con unos servicios de calidad y adaptados a la realidad de una sociedad en permanente cambio.

Este hecho ha supuesto un gran esfuerzo por parte del equipo técnico del departamento de servicios sociales comunitarios, ya que se ha tenido que reestructurar de nuevo para adaptarse a esta realidad, con el convencimiento de mejorar y acercar los servicios a la ciudadanía de los municipios del Pla de Mallorca.

1. Introducció

Amb aquest article pretenem fer un recorregut pels recursos de què la Mancomunitat disposa per a les persones grans ciutadanes dels diferents municipis que la componen.

1.1. Marc històric

La Mancomunitat Pla de Mallorca es va constituir el 16 de febrer de 1982, fruit d'un seguit d'estudis i reunions dels batles dels deu ajuntaments que en principi la conformaven, com també de la Conselleria d'Indústria i Comerç del Consell General Interinsular, i es va crear quasi amb l'únic objectiu de realitzar la recollida i l'eliminació de residus sòlids urbans, servei que començà el gener de 1983.

A mesura que augmentava la necessitat de prestacions de nous serveis a demanda dels ciutadans, i alhora que els representants municipals prenién consciència que la Mancomunitat, com a agrupació de municipis, podia ser una bona eina per prestar-los, es produí el compromís d'assolir nous objectius.

Així, començant amb la prestació de tot un seguit de nous serveis (educació de persones adultes, serveis socials, promoció econòmica...), es va anar consolidant la Mancomunitat com a ens de gestió de serveis públics, ja que els ajuntaments es varen adonar que, d'aquesta manera, es podia prestar als ciutadans un servei de més qualitat i abaratir-ne i racionalitzar-ne els costos.

Actualment la Mancomunitat està totalment consolidada com a institució supramunicipal de prestació de serveis, amb un edifici propi com a seu, situat al municipi de Petra.

Els catorze pobles de l'interior de l'Illa que agrupa són: Algaida, Ariany, Costitx, Lloret de Vistalegre, Llubí, Maria de la Salut, Montuïri, Petra, Porreres, Sant Joan, Santa Eugènia, Sencelles, Sineu i Vilafranca de Bonany, situats a la zona central de l'Illa, tot deixant de banda els municipis del litoral i els municipis de les àrees més muntanyenques i els de transició entre la muntanya i el Pla.

El paisatge que caracteritza els municipis de la Mancomunitat Pla de Mallorca, a qualsevol dels municipis que la componen, és la prolongació de grans camps de conreu. Aquestes grans extensions de terra deixen entreveure la serenitat del món de la pagesia, que anys enrere era una de les fonts econòmiques més importants.

Els pobles quedaren al ben mig d'aquests camps de conreu i tots responen a unes característiques semblants, ja que gairebé tots són pobles antics i responen a un mateix model de distribució i construcció. La casa típica mallorquina és present a cada un

dels diferents pobles, encara que actualment comparteix protagonisme amb les noves construccions.

1.2. Característiques socioeconòmiques

Com a trets socioeconòmics més característics, cal assenyalar que històricament la base de l'economia del Pla era el sector agropecuari. Els darrers quaranta anys s'ha produït una forta recessió de l'activitat del sector primari, que no s'ha vist compensada pel desenvolupament d'activitats relacionades amb els altres sectors. Aquesta activitat la desenvolupa, a hores d'ara, majoritàriament gent gran, encara que s'ha observat que molta gent l'ha transformada en una espècie d'activitat de temps lliure. Per tant, la infància i la joventut de la Mancomunitat estan bastant familiaritzades amb les tasques del camp, encara que no se les plantegen com una sortida professional.

El nivell d'activitat en el sector secundari és modest i es concreta sobretot en el subsector de la construcció i branques auxiliars. Les altres activitats industrials són molt reduïdes, si bé cal destacar també les activitats relacionades amb l'hoteleria. La majoria d'empreses industrials són petites, amb sistemes de producció pràcticament artesans, amb dues o tres persones ocupades com a màxim (tallers de fusteria, de mecànica, de ferrers, etc.). Només un 1% són empreses amb més de vint-i-cinc persones ocupades.

El poc pes demogràfic i econòmic del Pla ha provocat que el sector serveis no hagi tingut un desenvolupament important, juntament amb la relativa proximitat d'àrees de servei d'influència com Palma, Inca o Manacor. La major part de l'activitat en aquest sector es concentra sobretot en el petit comerç i en l'hoteleria, especialment en restaurants i, darrerament, en l'agroturisme i el turisme d'interior.

1.3. Context institucional

La Mancomunitat està representada pels batles, o les persones en qui delegui el ple de l'ajuntament corresponent, de tots els municipis que conformen la Mancomunitat Pla de Mallorca. El funcionament és el mateix que el d'una entitat local.

Des del punt de vista econòmic i pressupostari, el problema més gran que plantegen les mancomunitats és el dels recursos, i més concretament el de l'autofinançament.

El règim de finançament de les mancomunitats s'estableix a l'article 131 i següents de la Llei reguladora de les hisendes locals.

De l'esmentada regulació podem deduir que les mancomunitats disposen dels mateixos recursos que els ajuntaments (subvencions per serveis i projectes presentats...), exceptuant

la participació en els tributs de l'Estat i la capacitat per establir impostos, amb l'afegit malgrat tot, d'un de peculiar, a l'article 135 de l'esmentada Llei, i que és el de l'aportació dels municipis que la integren.

1.4. Dades sociodemogràfiques

L'any 2008 la Mancomunitat va créixer un 3% i arribà a 36.989 habitants a dia 1 de gener de 2009. Aquest creixement, juntament amb el sofert l'any 2007, ha estat l'augment més important dels últims sis anys. En el període 2008-2009, la població de tots els municipis de la Mancomunitat va augmentar, i en la majoria dels casos ho va fer amb valors per damunt de la mitjana balear.

La Mancomunitat, amb un total de 592,6 km² d'extensió i amb 36.989 persones empadronades l'any 2009, té una densitat de població baixa: 62,42 habitants per km², molt inferior a la mitjana de l'illa de Mallorca, que és de 237,96 habitants per km².

La diferència entre gèneres l'any 2009 se situava tres punts per damunt de l'illa de Mallorca; els homes hi representaven un 51,23% de la població total i les dones, un 48,77%.

El grup d'edat de 65 anys i més està entorn del 21% del total de la població, cosa que fa que la Mancomunitat sigui la zona de l'illa de Mallorca més envellida; malgrat això, cal destacar que en els últims anys es nota una tendència a l'alça del grup de 0 a 15 anys. Aquest creixement vegetatiu es relaciona amb la presència i la contínua arribada de persones estrangeres (Unió Europea, Europa no comunitària, Àfrica, Amèrica i Àsia), que el 2009 suposaven el 17,19% de la població total.

1.5. Departament de Serveis Socials Comunitaris

Els Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat s'inscriuen mitjançant el conveni signat l'any 1989 amb el Consell Insular de Mallorca, dins el programa Pobles del CIM. Això ens reporta, d'una banda, suport tècnic i professional per poder realitzar la nostra tasca d'una manera organitzada i, al mateix temps, des d'un caire multiprofessional, ens permet un enfocament més globalitzador de la intervenció en la problemàtica social, ja sigui aquesta individual, familiar, grupal o comunitària.

Actualment el Departament de Serveis Socials Comunitaris compta amb un equip tècnic format per una coordinadora, sis treballadores socials, quatre educadores socials, dues mediadores culturals i dues auxiliars administratives, una de les quals compartida amb uns altres serveis de la Mancomunitat.

En el Reglament del Departament es defineixen les funcions d'aquests professionals que formen l'equip.

2. Prestacions o serveis dirigits a les persones grans des de la Mancomunitat Pla de Mallorca

Tots els recursos de què disposa la Mancomunitat, dirigits a les persones grans, tenen un copagament per part d'aquestes.

2.1. Servei d'informació i orientació

Cal destacar un aspecte que es valora molt positivament des dels Serveis Socials Comunitaris, i és que, de moment i a dia d'avui, no hi ha llista d'espera per poder accedir als recursos d'informació i orientació.

El Servei d'Informació i Orientació és el servei bàsic per fer conèixer tots els recursos de què disposa la Mancomunitat dirigit a les persones grans i que posteriorment dóna l'accés a la resta de prestacions i serveis. Aquest servei és universal.

2.1.1. Ajudes no tècniques

Aquestes ajudes no tècniques són un recurs propi recollit dins el programa del Servei d'Informació i Orientació. Pretén donar suport, puntualment, a les persones o famílies que passen per una situació de necessitat.

2.2. Servei d'ajuda a domicili

És una prestació bàsica dels Serveis Socials Comunitaris inclosa en una política de benestar social, de caràcter complementari i transitori que no eximeix la família de les seves responsabilitats, amb organització, gestió i control públic que, a través del personal qualificat i supervisat, dóna ajuda a famílies o persones amb dificultats per mantenir o restablir el seu benestar físic, social o psicològic i els proporciona la possibilitat de continuar en el seu entorn natural mentre això sigui possible i convenient.

La finalitat de qualsevol programa o prestació social és la de fer augmentar la qualitat de vida de les persones o els col·lectius que es troben en situacions especials de risc o d'indefensió social.

Els *objectius* que cobreix el Servei d'Ajuda a Domicili de persones grans o discapacitades són:

1. Evitar l'internament d'aquestes persones i permetre, sempre que sigui possible i desitjable, la permanència en el seu entorn.
2. Proporcionar suport a famílies en situació de crisi perquè la qualitat de vida no es deteriori.

3. Fer augmentar o estimular els nivells d'autonomia i independència de les persones.
4. Donar suport i desenvolupar les capacitats personals per a la integració en la convivència familiar i comunitària.
5. Comptar amb un ventall més ampli de possibilitats i serveis socials comunitaris de caràcter preventiu i de diagnòstic.

Les *funcions* per desenvolupar pels serveis que integren el Servei d'Ajuda a Domicili s'emmarquen en els nivells d'intervenció següents:

Preventiu

- Mantenir a la seva llar persones afectades en el seu desenvolupament personal i/o social i evitar un internament innecessari.
- Donar suport o complementar l'organització familiar prevenint situacions de crisi.

Assistencial

- Cobrir les necessitats de neteja de la llar, alimentació..., per millorar la seva qualitat de vida.
- Suplir la família quan no se'n té, o bé quan, a causa d'una situació de crisi o emergència, no pot atendre el familiar adequadament, sense rellevar-la de la seva responsabilitat.

Rehabilitadora

- Facilitar els mitjans que possibilitin el retorn al seu ambient de persones que, per determinades circumstàncies socials o de salut, han de deixar el domicili temporalment.
- Millorar la capacitat de desenvolupament de les persones en el seu entorn habitual.

Educativa

- Estimular l'adquisició d'hàbits que afavoreixin l'adaptació al seu medi.

El caràcter públic del Servei d'Ajuda a Domicili fa que l'Administració pública, i més concretament l'Administració local, assumeixi responsabilitats en la implantació del servei, el finançament, la detecció, l'estudi i el diagnòstic de la problemàtica, la valoració, la coordinació, el seguiment, el control de la gestió i l'avaluació.

La gestió del servei és de la Mancomunitat Pla de Mallorca i l'execució es realitza mitjançant una cooperativa, amb la qual s'estableix coordinació i seguiment per part de la

Mancomunitat, mitjançant un concert.

2.3. Teleassistència

el Servei de Telealarma és un servei que, mitjançant la línia telefònica i amb un equipament de comunicacions i d'informàtica específic, permet a les persones connectades, davant una situació d'emergència, inseguretat, soledat o aïllament, posar-se en contacte amb una central atesa per personal preparat per donar resposta adequada a la crisi presentada, durant les vint-i-quatre hores.

La Mancomunitat presta aquest servei mitjançant un conveni amb la Creu Roja Espanyola.

2.4. Distribució de menjar a domicili

és una prestació bàsica dels Serveis Socials Comunitaris, amb caràcter complementari de les altres prestacions (el Servei d'Ajuda a Domicili, el Servei de Teleassistència...). És de titularitat pública, gestionada per una contracta de serveis.

El Servei de Menjar a Domicili consisteix en la provisió de menús i la seva distribució als domicilis particulars de les persones beneficiàries.

L'objectiu del Servei de Menjar a Domicili és millorar la qualitat de vida en el seu entorn social i familiar de les persones grans i/o que tenen dificultats d'autonomia donant cobertura a la necessitat bàsica de la nutrició. És un servei universal adreçat a persones grans i/o discapacitades amb dificultats d'autonomia per poder realitzar el seu propi menjar. L'oferta de menús s'adaptarà a les necessitats dietètiques de les persones beneficiàries.

Aquest servei té com a finalitat mantenir les persones grans en el seu entorn social i familiar i d'aquesta manera evitar o retardar la necessitat d'ingrés en un centre residencial. També pretén prevenir situacions de crisi familiar per excés de dedicació, a més d'estimular els nivell d'autonomia de les persones grans i/o discapacitades.

També possibilita una alimentació adequada a les persones destinatàries complint una funció assistencial i cobrint la necessitat d'una alimentació sana, i una funció preventiva evitant amb aquesta alimentació possibles patologies.

2.5. Centres de dia per a persones grans assistides

el centre de dia ofereix el suport, tractament i seguiment de persones grans amb problemàtica de manca d'autonomia personal, amb la qual cosa col·labora en el benestar de la vellesa, dóna assossec a les famílies i evita possibles internaments en residències.

Els objectius del servei són:

- Incrementar o recuperar l'autonomia personal de les persones usuàries i la seva relació amb l'entorn.
- Donar una assistència bàsica: d'alimentació, higiene, rehabilitació i servei de transport adaptat.
- Atendre l'aspecte emocional de les persones usuàries, mitjançant les peticions individuals.
- Preveure situacions de deteriorament físic i psíquic.
- Integració i permanència de les persones usuàries en el seu entorn habitual evitant o retardant en la mesura que sigui possible els ingressos no desitjats en centres residencials.
- Permanència amb les seves famílies facilitant suport, ajuda i orientació.

La Mancomunitat disposa de tres centres de dia ubicats en els municipis d'Algaida, Costitx i Petra amb un total de seixanta-vuit places; d'aquestes, n'hi ha cinquanta-cinc de conveniades amb la Direcció General de Dependència i la resta són de titularitat pròpia i donen cobertura a tot el territori de la Mancomunitat.

2.6. Actuacions destinades al foment de la solidaritat i de cooperació social

l'objectiu d'aquesta actuació és fomentar la xarxa comunitària ja existent en aquests municipis amb:

- Visites a domicili per part del voluntariat
- Acompanyaments
- Suport a diverses activitats

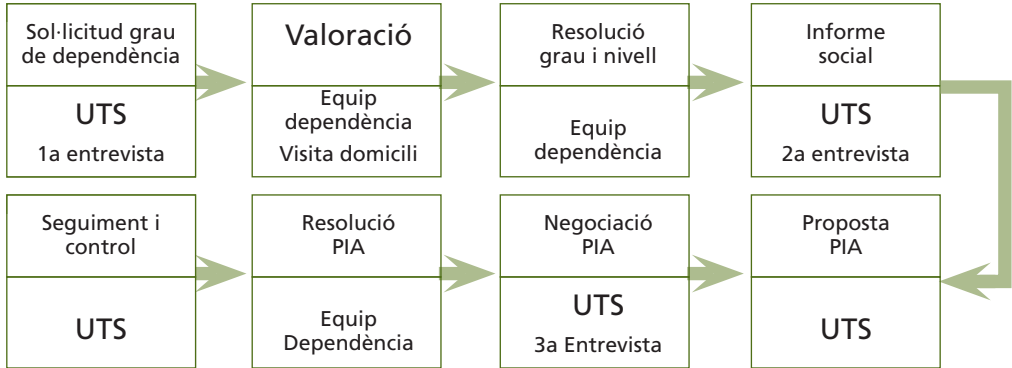
L'objectiu principal és mantenir viu l'esperit de suport i solidaritat comunitari que sempre ha existit als municipis del Pla.

3. Implementació del sistema de dependència

Els Serveis Socials Comunitaris a partir del gener de 2008 assumeixen la gestió de prestacions i serveis que estan recollits en la nova Llei 39/2006 de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència (LAPAD), per la qual cosa es venen incrementades i ampliades les funcions específiques d'aquest servei en:

- Informació
- Valoració

- Disseny del Programa Individual d'Atenció
- Gestió de prestacions
- Seguiment i control



Aquest funcionament i organització va permetre als Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca:

- Gestionar programes preventius de situació de dependència i de promoció de l'autonomia personal.
- Posar en marxa programes de formació i suport a curadors familiars i a curadors no professionals.
- Posar en marxa mecanismes per a la detecció de situacions de risc de maltractament o abandó de persones en situació de dependència.

Per al correcte desenvolupament de la LAPAD des de l'estructura bàsica dels Serveis Socials Comunitaris, aquesta va veure incrementat de forma substancial el nombre d'UTS, ja que suposà un increment extraordinari en la seva càrrega de treball.

4. Reptes de futur dels serveis socials comunitaris

4.1. Incrementar i adequar l'oferta de prestacions i serveis

Els Serveis Socials Comunitaris hauran de fer un esforç considerable de creació, adaptació i millora de centres i serveis, i aquests es concretaran en:

- Un model integral de serveis domiciliaris, que inclouran: teleassistència, adaptacions de la llar, serveis domèstics, atencions personals i servei de prevenció i promoció de l'autonomia personal.

- Servei de suport a persones familiars curadores (substitució i respir).
- Creació de centres integrals per a persones grans de prevenció de la dependència. Aquests podran disposar de serveis de: menjador, bugaderia, tallers de prevenció..., amb l'objectiu d'afavorir una convivència personal i familiar adequada.
- Centres de dia i centres de nit per a persones grans assistides i per a persones discapacitades que disposin de transport adaptat.
- Oferta de places residencials suficients dins el territori mancomunitat per poder oferir places d'allotjament temporal o definitiu.
- Servei d'urgències d'atenció social les vint-i-quatre hores.

Tot aquest increment serà possible si es dona una col·laboració activa amb la Comunitat Autònoma i la Mancomunitat tant econòmica com de planificació.

4.2. Nous sistemes de treball

Les professionals que treballem als Serveis Socials Comunitaris creiem que seria necessari millorar:

- Una adequada responsabilitat i coordinació entre les diferents Administracions que intervenen en el desenvolupament de la LAPAD (sistema sanitari, entitats locals...).
- Una bona formació dels professionals dels Serveis Socials Comunitaris.
- Dotar els professionals d'atenció primària de mitjans adequats.
- Aprofitar la importància de les noves tecnologies per tal d'agilitar tant com es pugui els tràmits entre institucions. Des dels Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca hem apostat per les noves tecnologies i es fa un treball important per tal d'implantar-les al més aviat possible.

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (2008). «Experiència pilot a la Mancomunitat del Pla. L'equip tècnic dels Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat del Pla de Mallorca exposa les conclusions de la seva experiència en l'aplicació de la Llei de dependència». *Alimara* 50.

García, G.; Ramírez, J. M. (2008). *Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència*. Saragossa: Consejo General de Trabajo Social.

Institut Nacional d'Estadística (2010). Disponible a <www.ine.es>.

«Pla de serveis socials 2010-2011». Petra: Ajuntament de Petra.

«Reglament municipal d'ajudes no tècniques de la Mancomunitat Pla de Mallorca». BOCAIB núm. 102, de 21 d'agost de 1993.

«Reglament d'organització i funcionament del Departament de Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca». BOCAIB núm. 38, de 28 de març de 1995.

«Reglament de règim interior de centres d'estades diürnes de la Mancomunitat Pla de Mallorca». BOCAIB núm. 135, de 10 de novembre de 2001.

«Reglament de Servei d'Ajuda a Domicili de la Mancomunitat Pla de Mallorca». BOCAIB núm. 102, de 21 d'agost de 1993.

«Reglament del Servei de Menjar a Menjador i a Domicili». BOCAIB núm. 102, de 21 d'agost de 1993.

Autors

Departament de Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca.

Equip tècnic:

PETRA JUAN SOCIAS, diplomada en Treball Social. Coordinadora de l'equip tècnic.

MARGALIDA ROSSELLÓ BAUÇÀ, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

MARIA MAGDALENA VIEDMA VIEDMA, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

IOLANDA CIRER SOTOS, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

FRANCISCA ROSSELLÓ MAS, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

MARGALIDA MARIA RIBOT MOLL, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

FRANCISCA ISABEL RODRÍGUEZ FIOL, diplomada en Treball Social. Treballadora Social de l'equip tècnic.

CATALINA CARME CRUELLES JULIÀ, diplomada en Educació Social. Educadora de l'equip tècnic.

CARME CORREDERA GASCÓ, diplomada en Educació Social. Educadora de l'equip tècnic.

ISABEL MARIA CARRIÓ PONS-ESTEL, diplomada en Educació Social. Educadora de l'equip tècnic.

MARIA BONET OLIVER, diplomada en Educació Social. Educadora de l'equip tècnic.

ISABEL MOLINA RAMÍREZ, llicenciada en Pedagogia. Mediadora cultural de l'equip tècnic.

MARGALIDA PERELLÓ LLOMPART, batxillerat. Mediadora cultural de l'equip tècnic.

**EFFECTES DEL SUPORT SOCIAL EN UN
PROGRAMA UNIVERSITARI PER A GENT GRAN**

Efectes del suport social en un programa universitari per a gent gran

Margalida Vives Barceló

Resum

El treball que presentam a continuació és el resum de la tesi titulada «Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors», presentada el juliol de 2010. Els dos pilars fonamentals del treball són, per una banda, el suport social, que és una de les dimensions principals per a la qualitat de vida, i, per l'altra, l'aprofitament del temps lliure, concretament en els programes universitaris per a gent gran. Aquests programes han tingut un reconeixement merescut, ja que beneficien les universitats —en potencien la tasca de projecció cultural— i reforcen els beneficis que tenen per als usuaris. Per nosaltres, són especialment interessants els que estan relacionats amb l'autoestima i amb la quantitat i qualitat de les xarxes socials.

Presentam una investigació duta a terme amb els alumnes del Diploma Sènior i del Diploma Sènior Superior de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) els cursos 2002-2003, 2006-2007 i 2008-2009. Hi incloem l'anàlisi de fiabilitat i de validesa dut a terme amb l'instrument creat per a aquesta finalitat. També hem fet moltes proves d'anàlisi amb el programa SPSS.17 per comprovar la hipòtesi principal, segons la qual els alumnes de la UOM tendran més xarxes socials i sabran emprar tots els tipus de suport (emocional, informacional i material) en els processos diversos (recepció, percepció, demanda i donació).

Resumen

El trabajo que se presenta a continuación corresponde al resumen de la tesis "Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors"; presentada en julio del 2010. En ella, dos son los pilares fundamentales; uno, el apoyo social, entendido como una de las principales dimensiones en la calidad de vida y dos, el aprovechamiento del tiempo libre, en concreto, en los programas universitarios para mayores, los cuales han obtenido un merecido reconocimiento en tanto que beneficia a las universidades, potenciando su tarea de proyección cultural y, al mismo tiempo, potenciando numerosos beneficios para sus usuarios, especialmente interesante para nosotros, aquellos relacionados con la autoestima y con la cantidad y calidad de sus redes sociales.

Se presenta una investigación realizada con los alumnos del Diploma Sènior i Diploma Sènior Superior de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) en los cursos 2002-2003; 2006-2007 i 2008-2009. Se incluyen análisis de fiabilidad y de validez del instrumento creado para tal fin y se realizan numerosas pruebas de análisis con el programa SPSS.17 para comprobar la hipótesis principal, la cual entiende que los alumnos de la UOM tendran más redes sociales y sabrán utilizar todos los tipos de apoyo (emocional, informacional y material) en los diferentes procesos (recepción, percepción, demanda y donación).

1. El suport social en la qualitat de vida de les persones

L'augment poblacional i, concretament, del col·lectiu de persones que tenen més de seixanta-cinc anys és un fet innegable en la nostra societat. Aquest fet, que a priori pot ser considerat un element positiu, ha de ser entès com un repte a l'hora de poder garantir la qualitat de vida a totes les persones.

Per Szalai (1980), el terme «qualitat de vida» sorgeix més de la societat que no pas del camp científic. Així, està relacionat directament amb conceptes com ara els de contaminació ambiental, industrialització, etc., però, per Reyes (2003), «qualitat de vida» fa referència a la primera aportació científica a la Social Indicators Research (1974). Siguin quins siguin els inicis, des que va aparèixer «qualitat de vida» en el camp científic (a l'Índex Medicus), hom sempre ha parlat de dues dimensions: l'objectiva i la subjectiva. En són un exemple les dimensions descrites per O'Seha (2003), el qual inclou en la primera la salut, les capacitats físiques, l'habitatge, l'economia, etc., i, en la segona, els trets de personalitat, la percepció de la solitud o l'autoestima.

Una de les taxonomies més conegudes a Espanya és la que descriu Fernández-Ballesteros (1997), el qual inclou la salut, les activitats d'oci, la satisfacció, les relacions socials i les habilitats funcionals en les dimensions personals; el suport social, les condicions econòmiques, els serveis de salut i socials, la qualitat de l'ambient i els factors culturals formarien part de les dimensions socioambientals. Aquesta distinció és especialment interessant per al nostre estudi, ja que inclou els dos grups indicadors en què hem centrat l'atenció: les activitats d'oci i el suport social.

Com fem amb el col·lectiu general, si ens referim solament als estudis sobre la qualitat de vida de la gent gran, pràcticament podem considerar que hi ha una taxonomia que la descriu en cada estudi que hi ha fet. Tal vegada el treball del professor Alan Walker, en què recull estudis diversos sobre la qualitat de vida de la gent gran, i els classifica, ens pugui orientar en aquest tema.

Pel professor Walker, hi ha sis grups de factors que intervenen en la qualitat de vida: variables psicosocials, salut i estatus funcional; relacions socials, suport i activitat; circumstàncies econòmiques i independència; condicions de l'entorn, activitats de lleure i mobilitat. Per tant, n'hi ha dos que ens interessin especialment, com també la definició de Fernández-Ballesteros (1997). En aquest cas, els estudis recollits sobre suport social engloben elements que el relacionen (d'una manera directa o com a efecte amortidor) amb la salut, mentre que el grup de factors sobre activitats de lleure estan relacionats amb la satisfacció, i aquest és el que cal desenvolupar més.

Si ens centram en el suport social, hem de dir que ha aparegut en el camp científic fa relativament poc temps i també el concepte de qualitat de vida. Tot i que alguns autors com

Williams et al. (2004) esmenten els estudis de Darwin com els primers que tracten d'una manera científica el suport social, o les aportacions de teories com la de la comparació social (Swann, Brown 1990) o la de l'intercanvi social (Stevens 1992), la realitat és que hi ha tres autors que són considerats els referents inicials de l'estudi del suport social (Cassel 1974, Caplan 1976 i Coob 1976) i que la dècada dels anys setanta seria clau en la història d'aquest terme.

Cassel (1974) analitzà la influència dels nínxols ecològics, especialment l'accés a recursos a través d'aquests i els efectes que tindrien en situacions estressants. La relació entre el suport social i la salut fou un dels elements més importants del segon treball de l'autor, ja que, en la revisió que fa de més de trenta treballs sobre els efectes del suport social, afirmà que no solament n'hi ha un d'amortidor, sinó que pot influir directament en la salut (Otero 2006). Cobb (1976) posà l'accent en la percepció del subjecte i en fixà els inicis a l'úter matern (García 1997, 16). Per últim, Caplan (1976), a més de corroborar els resultats dels estudis anteriors, hi afegí que els recursos derivats de les relacions socials són molt importants per al benestar i que en èpoques de crisi es mobilitzen recursos psicològics, emocionals i instrumentals.

A partir d'aquest moment, es desencadenaren tot un seguit d'estudis centrats en el suport social i en els processos que se'n deriven (Shumaker 1984, Sarason 1987 i Berkman et al. 2000, entre d'altres) o en la relació que té amb altres conceptes com el de la salut (d'una manera prioritària). Actualment, podem parlar d'una atenció al suport social relacionat amb les noves tecnologies, és a dir, amb el manteniment, la creació i/o recuperació de les relacions i de les funcions socials que poden dur a terme. Així, Pfeil et al. 2009 donaren importància a les noves tecnologies com a potenciadores o continuadores del suport social i de les xarxes socials de la gent gran.

Però, a què ens referim quan parlem de suport social? És el mateix que integració social o xarxa social? Recuperem la cita que García (1997, 23) feia de Louis Armstrong sobre el jazz: «qui no l'hagi experimentat, donant-ne o rebent-ne, no sap comprendre què és el suport social». A l'hora de definir-lo, trobarem tantes conceptualitzacions com estudis hi ha fets sobre el suport social, amb els inconvenients que això comporta (el principal és no poder establir comparacions rigoroses entre estudis quan valoram ítems diversos com a variables definidores del suport social). Amb tot, una de les taxonomies que ha tingut més aprovació per part de la comunitat científica és la de Tardy (1985), la qual enumera quatre dimensions:

1. Direccionalitat. Hi ha dues direccions: el que hom rep i que hom dóna.
2. Disponibilitat. Quantitat i qualitat de suport al qual té accés la persona, tot i que no l'utilitzi.

3. Descripció i avaluació. Podem fer una llista de característiques del suport social, les persones poden ser classificades a partir del suport social que reben, o totes dues coses.
4. Contingut. Suport emocional, informatiu, instrumental i valoratiu.

Un altre aspecte que hom ha de tenir en compte sobre els estudis del suport social és la perspectiva des de la qual és estudiat i valorat. Fins fa relativament pocs anys, hi havia dues perspectives principals: l'estructural, que valorava tots els aspectes més objectius i que entenia que com més persones formassin part de la xarxa, hi hauria més integració i, per tant, més suport social; la perspectiva funcional se centrava en la percepció i en els tipus de suport que proporciona el social (principalment, emocional, informacional i material); la valoració del suport social afegia, per tant, el criteri més subjectiu. Actualment, una tercera perspectiva, la contextual, s'ha fet un lloc entre els punts de vista més acceptats: valora d'una manera primordial el context en què es desenvolupa el suport i entén que els efectes canviaran segons el context en què es desenvolupi. El quadre que aportam a continuació destaca les variables principals que inclouen cada una d'aquestes perspectives:

Taula 1 | *Resum de les característiques principals de les perspectives sobre el suport social*

P. ESTRUCTURAL	P. FUNCIONAL	P. CONTEXTUAL
Centrada en les interaccions reals	Centrada en la percepció i en els recursos	Centrada en la procedència del recurs i en el context
Variables tradicionals: grandària i densitat Variables interaccionals: multiplicitat, reciprocitat Variables temporals: freqüència i dispersió geogràfica	Suport emocional Suport informacional Suport material	Característiques dels participants Moment Durada Objectiu

Podem afirmar que hi ha dues línies metodològiques principals. Una està entrada en la clarificació del concepte de «suport social» i la segona se centra en la fiabilitat i validesa dels instruments que el mesuren. Respecte de la primera línia metodològica, les variables emprades per operacionalitzar els termes emprats confirmen tant l'especificitat com l'ambigüitat de la definició del terme. Quant a la segona línia metodològica, hi ha molts estudis, entre els quals destaquen: a) els estudis epidemiològics a gran escala, com són els fets per Berkman i Syme (1979) a la comunitat d'Alameda o a la de Tesumeh (House et al. 1982), o els estudis d'esdeveniments vitals, com el de cohort de Califòrnia (Joseph, Syme 1980); b) els estudis fets des de perspectives diverses, de les quals sorgeixen instruments d'avaluació com l'UCLA Loneliness Scale (Schill et al. 1981), des de la perspectiva estructural, o el Social Support Questionnaire, de Sarason et al. (1983), des de la funcional; i, c) els estudis del suport social segons la principal dimensió avaluada: mesures de la

xarxa (Ganster, Víctor 1988, citats per Gómez et al. 2001), mesures del suport rebut (Ward, Sherman, Macrory 1984, citats a Gómez et al. 2001) i mesures del suport percebut (Pearlin 1985) o del funcional (Cohen, Wills 1985).

Si bé hi ha un interès demostrat en l'avaluació del suport social, existeixen dos problemes principals per poder avançar en una definició consensuada d'aquest terme i estan motivats, principalment, per dues causes: a) els buits metodològics en aquells termes que mesuren les xarxes socials, i, b) la dificultat en la conceptualització del terme «suport social» en els estudis que se centren en aquest constructe. Per Williams et al. (2004, 945), la solució implica que hem de ser clars en el nostre propòsit, assegurar-ne la validació, delimitar-ne les qüestions principals i sintetitzar-ne els resultats.

Arribam al punt de centrar-nos en el suport social per a la gent gran, el qual està prou justificat. Com comenta Otero (2006, 34), no solament per raons demogràfiques, sinó també per les taxes de mortalitat elevades, les quals justifiquen que es dediqui més esforç a estudiar els factors que les determinen i que faciliten la trobada d'associacions significatives en manco temps de seguiment dels estudis epidemiològics. Un tercer motiu són les possibles pèrdues en la xarxa social i en la salut, les quals modificarien la disponibilitat de recursos socials i farien que es necessitès més demanda de suport i que la resta de la seva xarxa el consideràs un factor estressant. Bermejo (2006), per part seva, justifica l'estudi del suport social a la gent gran, ja que, a més que l'aïllament implica un risc per a la salut, el suport social pot tenir efectes rellevants per a la salut, fins i tot a nivells neuroendocrins, i justifica l'avaluació conjunta del suport social, perquè no existeix cap tipus de suport més efectiu que l'altre. Aquest efecte dependrà de la idoneïtat que tingui per a la persona el fet de percebre'l.

Si analitzam la bibliografia, podem trobar moltes classificacions sobre l'estudi de les xarxes socials en gent gran, tot i que a grans trets podem parlar de dues tipologies d'investigacions. Per una banda, hi ha els estudis sobre l'estructura de les xarxes i els suports socials per a la gent gran. En aquest cas, podríem trobar respostes a: «quin és el perfil de la xarxa social de la gent gran?» (Ashida 2008), o a: «quines diferències hi ha entre aquests grups i d'altres?» (Kafetsios, Sideridis 2006). L'altre grup d'investigacions es basa en la relació entre el suport social i altres variables, que, d'una manera directa o indirecta, estan vinculades al benestar, la qualitat de vida i/o a l'envelliment actiu. En aquesta darrera tipologia, hi ha molts estudis i molt diversos, per exemple, sobre la capacitat funcional (Berkman, Glass 2000), els contextos familiars (Alberdi 1999, Bermejo 1999), la gent gran com a cuidadora (Casado 2001, Maqueira 2001), la gent gran en el rol d'avis (Papalia 1997, Triadó et al. 2000), les expectatives vitals (Gyoung-Hae et al. 2003), el rol de les dones grans (Nieto et al. 2002), les funcions i la importància dels amics (Ashida 2008), la probabilitat més gran que aparegui simptomatologia depressiva quan el suport social sigui deficient (Pujol, Abellán 2006), la relació amb la qualitat de vida (Moragas 1991, Fernández Castillo 1997 o Gonçalves 2001).

En totes aquestes investigacions, creiem que hi ha dos elements que són clau: la participació i l'adaptació a les noves circumstàncies vitals.

Per últim, quan treballam amb gent gran, no hem d'oblidar les seves característiques generals. En la part social, Ballesteros (2000, 387) destaca: a) un problema social pot ser l'origen o la conseqüència de la malaltia; b) una persona gran té menys possibilitats de tenir cura de si mateixa; c) és habitual és que hi hagi manco suport social quan hi ha pèrdues irreversibles pel fet d'envellir; d) es necessiten més cuidadors, ja que hi ha més dependència; e) la gent gran sol tenir menys possibilitats econòmiques; f) la gent gran sol viure en habitatges més antics i, per tant, solen tenir més barreres arquitectòniques; g) aïllament rural o urbà freqüent (pobles petits on la majoria dels habitants són gent gran o viuen en pisos que tenen un entorn inaccessible); h) domicili itinerant entre els fills; i) institucionalització, desitjada o no, i, j) marginació. Per últim, aquesta autora recorda que, a l'hora d'avaluar la gent gran, hem de tenir present els efectes de la fatigabilitat, desitjabilitat social, ansietat o la motivació que puguin presentar en respondre.

2. L'aprenentatge al llarg de tota la vida

El *longlife learning* (o aprenentatge al llarg de tota la vida) recull dos vessants. El primer és el que es dedica a l'aprenentatge laboral constant, el qual és necessari per a un bon professional, i, el segon, és el que ens interessa més, ja que se centra en la potencialitat de l'aprenentatge de qualsevol persona, independentment de l'edat que tingui. Amb tot, la UNESCO es planteja una sèrie d'idees en relació amb l'educació de la gent gran. En destacam: a) és un grup heterogeni; b) ha tengut dificultats per accedir a una educació amb anterioritat, especialment les dones; c) les contribucions familiars i socials de la gent gran solen passar desapercebudes; d) l'educació, amb el suport de l'envelliment actiu, pot ajudar a canviar la imatge negativa respecte d'aquest col·lectiu; e) les investigacions han demostrat que no hi ha un deteriorament de la capacitat d'aprenentatge abans dels setanta-cinc anys; f) la demanda d'educació per part de la gent gran augmenta d'una manera constant; g) és clau que participin en aquests programes, i, h) han de ser tinguts en compte els aprenentatges previs.

Si ens centram en la gent gran, hem de dir que l'aprenentatge al llarg de tota la vida és una de les dimensions que afavoreixen la qualitat de vida, ja que —com hem dit anteriorment— participa en activitats noves i s'hi adapta.

Evidentment, l'aprenentatge al llarg de tota la vida s'engloba, en general, en l'estudi de l'oci i del temps lliure en la gent gran. Segons el monogràfic de La Caixa (2008), l'interès científic en aquest camp és relativament recent, ja que les característiques socials i demogràfiques d'anys enrere feien que les persones treballassin normalment al camp

fins quasi quan no podien més, i, per tant, tenien poc temps lliure quan eren totalment independents i autònoms. Per del Barrio (2007, 4), els primers estudis sobre el temps lliure de la gent gran daten dels anys seixanta del segle passat, coincidint amb l'interès sobre el terme «envelliment satisfactori».

Hi ha tres característiques universals que, segons Moragas (1991), defineixen l'ús del temps lliure de les persones jubilades: a) passen de ser obligatòries a voluntàries; b) de ser externes a la llar a ser internes, i c) de socials a individuals o en parella. Per nosaltres, és especialment interessant la darrera característica, ja que creiem que és important potenciar l'aspecte de la sociabilitat en les activitats que siguin plantejades per a la gent gran, com promulga Marín et al. (2006, 155). El fet que aquesta gent faci una activitat, a més dels possibles beneficis que pugui tenir, també és clau per potenciar les relacions socials, ja que no solament comparteixen un espai, sinó que milloren en l'aspecte físic (s'arreglen més per sortir a fer l'activitat o per rebre-la a casa, per exemple) i en el psicològic (per exemple, tenir algú amb qui puguin intercanviar opinions).

Fer activitats amb gent gran ha estat relacionat amb les investigacions del terme «qualitat de vida» (Gómez Llorens 1997, Walker 2006) o amb hàbits saludables. Certament, però, hi ha uns vincles, ja siguin indirectes, relacionant el fet de participar en una activitat amb la qualitat de vida (Larson 1978, citat per Barrio 2007, INE 2007), o directes, relacionant l'activitat amb la salut i la felicitat (Zamarrón 2006) o, en concret, amb la reducció de la mortalitat (Lennartsson, Silverstein 2001, o Sabin 1993, citats per Bueno 2006). Altres investigadors, com Buz et al. (2004), afirmen que els beneficis principals depenen del tipus d'activitat en què participin. Així, les activitats físiques estan més relacionades amb la reducció d'estats depressius i augmenten la salut, mentre que les de tipus intel·lectual estan més vinculades amb la satisfacció amb la vida i amb un estat d'ànim més bo.

Respecte dels estudis sobre l'oci i el temps lliure en la gent gran, hi ha dues variables que hi influeixen d'una manera directa: el sexe i el país (zona geogràfica) on es desenvolupa (Gauthier, Smeeding 2000). Del Barrio (2007) també afirma que hem de tenir presents dos grans grups: un és el dels qui no saben gestionar el seu temps i que, conseqüentment, poden acabar amb un malestar emocional i físic, i un altre és el que està format per gent que sí que sap gestionar-lo, però que, perquè té problemes de mobilitat, de manca de temps o de doblers o de no tenir qui els acompanyi, no fan les activitats que els interessin.

És el moment, doncs, d'atacar el mite segons el qual la gent gran no és útil a la societat, ja que en moltes ocasions esdevenen un element clau de les famílies perquè continuïn evolucionant i puguin compaginar la vida laboral i la familiar. Si analitzam simplement algunes de les dades aportades per estudis sobre l'oci de la gent gran (INE, *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003*. INE 2004 o del Barrio 2007), podrem comprovar que la gent gran és certament activa i que hi continua havent diferències entre sexes a l'hora de dedicar el seu temps a unes tasques

determinades. Per exemple, predominen les dones en les tasques domèstiques i familiars (4,4 hores de les dones front a les 1,3 hores dels homes, segons Pérez-Díaz, Rodríguez 2007, 101) i el sexe masculí, en l'àmbit del treball professional en edats superiors als seixanta-cinc anys (1,6% d'homes front a un 0,2% de dones, segons Cordero 2006).

De les altres dimensions estudiades, podem comprovar que a Espanya, el voluntariat té l'índex més baix de tots els altres països europeus, tot i que hi destaquen les associacions per a gent gran (de tipus cultural o de suport informacional). Els efectes positius que tenen les activitats esportives per a la salut en general (física i psicològica) també ha estat estudiat per autors com Vega et al. (2002), tot i que, com afirmen els estudis, a mesura que augmenta l'edat, augmenten les activitats més passives, com són veure la televisió o escoltar la ràdio, en detriment d'altres com són anar a passejar o fer turisme.

Vol dir això que, com m'és gran és la persona, pateix més aïllament social? Tenim una eina importantíssima per frenar aquesta inclinació envers la solitud per mor de l'augment de l'edat. Com ja hem dit, l'adaptació i la participació són elements clau i, per tant, consideram que les noves tecnologies poden amortir aquestes situacions i sentiments d'aïllament. Actualment, els homes (10,8%) utilitzen més els ordinadors que les dones (4,8%), i també Internet (8,9% homes i 4,2% de dones els darrers tres mesos). A les Balears, els percentatges encara són una mica inferiors (6,6% de gent gran ha utilitzat un ordinador i, els darrers mesos, també un 6,6%, Internet). Pel que fa a la telefonia mòbil, un 48,7% de gent gran de les Balears n'empra, front al 51,7% de la mitjana estatal (INE 2008).

3. Els programes universitaris per a gent gran. La UOM

Continuant amb la idea proposada a l'apartat anterior sobre l'aprenentatge al llarg de tota la vida, ara ens centram en les universitats, concretament en un dels tres pilars que tenen, que és la projecció cultural, per emmarcar les actuacions que duen a terme en educació de la gent gran. En aquest apartat, comprovarem que aquest tipus d'educació ha augmentat d'una manera significativa des de les primeres experiències a França. A Espanya, els programes universitaris per a grans tingueren un *boom* els anys noranta i a partir d'aleshores no han aturat d'augmentar quantitativament i qualitativament.

No consideram que sigui necessari endinsar-nos més en els programes universitaris per a persones grans, ja que alguns dels articles d'aquest ANUARI (tant en aquesta edició com en d'altres ja hi fan esment, o n'hi faran, d'una manera més específica). Sí que és important per nosaltres destacar les tres motivacions que, segons Montoro et al. (2007), han potenciat l'enorme desenvolupament i aparició de programes universitaris per a persones grans. La primera, el gran augment demogràfic de persones grans que arriben a la jubilació amb una esperança de vida llarga; la segona, més aprofitament i dedicació al

temps d'oci, i, la darrera, en l'àmbit econòmic, l'augment dels recursos educatius i socials per a la gent gran.

Actualment, segons Requejo (2009), els programes universitaris per a persones grans estan definits per dues característiques principals. La primera és que els manca un model oficial clarament definit, ja que optar per una Aula Universitària o per una Universitat estarà condicionat per les característiques del context, i, la segona, que els programes tenen una concepció universitària i no solament cultural.

Un dels factors que explicarien l'èxit que tenen els PUGR (Programes Universitaris per a Gent Gran) a tot l'Estat l'exposa Arnay (2003), el qual sosté que els programes donen resposta al dret sobre l'educació recollit a l'article 27 de la Constitució espanyola (1978). Com a la resta d'Europa, a Espanya conviuen dos models d'educació universitària per a gent gran: a) programes integrats en l'oferta de titulacions universitàries, com és el cas de la Universitat d'Alcalà, i, b) programes específics, com a la Universitat Pontificia de Salamanca (1993). Per Orte, Touza i Folgat 2006 (citats per Orte et al. 2008), aquests models no necessàriament han de ser excloents.

Per últim, cal destacar les línies futures que emmarcaran l'educació universitària de les persones grans. Per Lirio (2008), hauran de complir cinc característiques: formació no excloent, integral, de qualitat, eficaç i fonamentada. March et al. 2004 (citats per Orte, Touza i Holgado 2006, 211) recorden que l'adaptació als ECTS és important no solament per potenciar l'intercanvi cultural entre membres de la comunitat educativa (en la qual estan inclosos els alumnes d'aquests programes), sinó que també tindrà repercussions amb els plans d'estudis i en les ofertes culturals que en derivin.

Ens centram ara en la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Els orígens es remunten al curs 1998-1999 i tingué una trentena d'alumnes de més de cinquanta-cinc anys. Destacam que un dels objectius de la UOM sempre és millorar la qualitat de vida dels alumnes i potenciar-ne una imatge social, grupal i individual més positiva (Orte et al. 2008), en la qual la integració social és un element primordial i l'adaptació a les noves circumstàncies vitals és constant al llarg de tot el procés educatiu.

Sense entrar gaire en els diferents plans d'estudis que s'han anat creant i modificant en funció de les demandes dels alumnes, i centrant-nos ja en la nostra investigació, val a dir que en els tres moments d'avaluació de l'alumnat de la UOM hi havia el Diploma Sènior (de tres anys de durada) i en els dos darrers moments també existia el Diploma Sènior Superior (de dos anys més de durada). Entre les característiques principals d'aquests diplomes, podem dir que són del tipus de programes que tenen més càrrega lectiva (devers 425 hores en tres cursos); són els que abracen continguts d'humanitats, ciències socials i ciències experimentals i tecnologia, i es desenvolupen majoritàriament al campus universitari.

Aquestes característiques són especialment importants per a nosaltres, perquè ens asseguraven, per una banda, la concentració dels grups que havíem d'avaluar en el campus; per una altra, garanties d'una estabilitat grupal al llarg dels cursos que feien, i, finalment, un perfil d'alumnat amb uns índexs elevats d'independència i d'autonomia que els permetien complir els qüestionaris amb els quals avaluàvem el suport social i les xarxes socials majoritàriament d'una manera autònoma.

Com indicà Orte et al. (2008) en un article de l'edició anterior de *l'Anuari de l'Envel·liment*, «el col·lectiu de persones grans que configura l'alumnat de la UOM és de cada dia més culte, està més ben format, té una salut més bona i un gran interès per continuar estant bé. Les actituds, els interessos i expectatives són diversos, no solament en relació amb el seu propi grup de referència poblacional, sinó també en relació amb la seva generació» (Orte 2007a, 10).

Aquest col·lectiu necessita una resposta quantitativa i qualitativa a les seves demandes. Per tant, no ens ha d'estranyar que el curs 2007-2008 es compatibilitzassin 445 alumnes i devers 117 professors. La resposta, però, ha de ser qualitativa, ha d'evitar rutines i mimetismes, i s'ha de decantar per una educació de qualitat o obrir algunes vies, com les universitats lliures, els diplomes d'especialització o la institucionalització definitiva dels intercanvis d'estudiants.

Abans d'endinsar-nos en la investigació, volem remarcar per què una persona gran decideix matricular-se en un programa universitari. Hauríem de tenir en compte, en general, si aquestes expectatives es compleixen i si, ja que són més socials, acaben tenint una influència significativa en la seva xarxa social.

Per una banda, hem de tenir present que, si bé cada persona és un món i que una mateixa persona pot tenir diferents motius, estudis com el de Lirio (2008) afirmen que la balança en la gent gran es decanta més cap a motivacions d'autorealització que no pas econòmiques (que són les més freqüents en el col·lectiu dels joves). Aquest fet no el podem obviar en la docència diària. Alguns estudis matisen més aquesta diferenciació i separen les motivacions cognitives de les socials i, tot i que hi ha divergències entre quin ocupa el primer lloc per a les persones grans (Mas et al. 2007; Swindell 1995, citat per Solé 2005), aquest segon grup ens interessa especialment. Com assenyalen altres estudis (Villanueva 2001), hi ha variables sociodemogràfiques que poden afectar l'autopercepció de la capacitat d'aprenentatge i els seus nivells d'estrès, per exemple, ser dona i no tenir estudis. Seria interessant, per tant, poder fer estudis amb més profunditat sobre aquests perfils per poder comprovar el nivell de canvi social i personal que experimenten les persones que tenen manco expectatives en començar els programes universitaris. No hem d'oblidar que tant en els objectius, com en els continguts (aviat convertits en competències), com en les metodologies emprades, sempre haurem de tenir present

aquest component de millora social; és a dir, de potenciació i millora quantitativa i qualitativa de les relacions socials.

Els estudis, com ara el de Bermejo (2006), demostren que ser alumne universitari sènior té moltes conseqüències molt variades; per exemple, augmenta la integració que l'alumne pot tenir un entorn per desenvolupar-hi les competències socials, poder treballar l'empatia o augmentar la motivació i la confiança en el si de les relacions... Per part nostra, el 2003, a partir de la recollida d'opinions en diferents entorns dels alumnes (incloent-hi el I Simposi Internacional de Programes Universitaris per a Majors, organitzat a Mallorca el 2002), ja detectàrem tres conseqüències relacionades directament amb el suport social: a) augment de l'autoestima i visió més positiva de l'autoconcepte, b) augment de la xarxa social, i, c) enriquiment cultural.

4. Metodologia

Férem l'estudi a la UOM, en concret, amb l'alumnat del Diploma Sènior i amb el del Diploma Sènior Superior, impartits tots dos a Mallorca, al campus universitari. L'objectiu era analitzar si la UOM, com a grup formal i estable, ha produït canvis significatius positius tant en la xarxa social com en el suport social de les persones grans que hi acudeixen.

La hipòtesi principal era que els qui han participat en el Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors han incrementat la xarxa social i poden emprar el suport social necessari (emocional, informacional i instrumental) en circumstàncies i processos diversos (recepció, percepció, demanda i donació). Desenvolupàrem cinc subhipòtesis:

Subhipòtesi 1. Hi ha diferències significatives entre la xarxa social i entre el suport social segons el sexe, el grup d'edat, el lloc de naixement i el tipus de convivència.

Subhipòtesi 2. Haver participat en la UOM ha produït canvis significatius positius en el seu suport social i en la seva xarxa social.

Subhipòtesi 3. Els canvis es produeixen principalment en els primers cursos, mentre que, en els posteriors, s'estabilitzen.

Subhipòtesi 4. L'estructura factorial del qüestionari demostra diverses dimensions en els constructes de «xarxa social» i de «suport social».

Subhipòtesi 5. Es poden determinar grups de subjectes amb perfils similars de suport social i de xarxa social en la mostra seleccionada.

En total, la nostra mostra és de 337 alumnes (109 de primer, 74 de segon, 57 de tercer, 53 de quart i 44 de cinquè). Partirem dels criteris de mostreig aleatori simple i per a un nivell de confiança 95,5% (2 sigmes) i, en la hipòtesi més desfavorable ($p = q = 50$), el marge d'error per a les dades del total de la mostra és del $\pm 4,40$.

Crearem un qüestionari que dividirem en tres grans blocs: dades sociodemogràfiques, de la xarxa social i del suport social. Del primer bloc en destriarem les variables més importants i significatives segons la bibliografia, és a dir, edat, sexe, estat civil, lloc de naixement (hi afegirem el nombre d'anys que feia que les persones avaluades vivien a Mallorca) i estat de convivència. En el segon bloc, plantejarem preguntes relatives a la pèrdua, al guany i a la font de les relacions socials, el manteniment de la xarxa en el futur i respecte del passat, el sentiment de solitud i si la UOM havia tingut res a veure en tots aquests canvis. En el darrer bloc, varem plantejar la recepció del suport emocional, instrumental i material, percepció, demanda i donació. Entre el segon bloc i el tercer incloem una pregunta respecte de l'efecte que ha tingut la UOM en els canvis produïts. Fèrem proves de fiabilitat del qüestionari (*alpha*, dues meitats i Guttman) per als dos blocs (xarxa social i suport social) i n'obtinguérem uns resultats acceptables en ambdós, però varen ser superiors els del suport social.

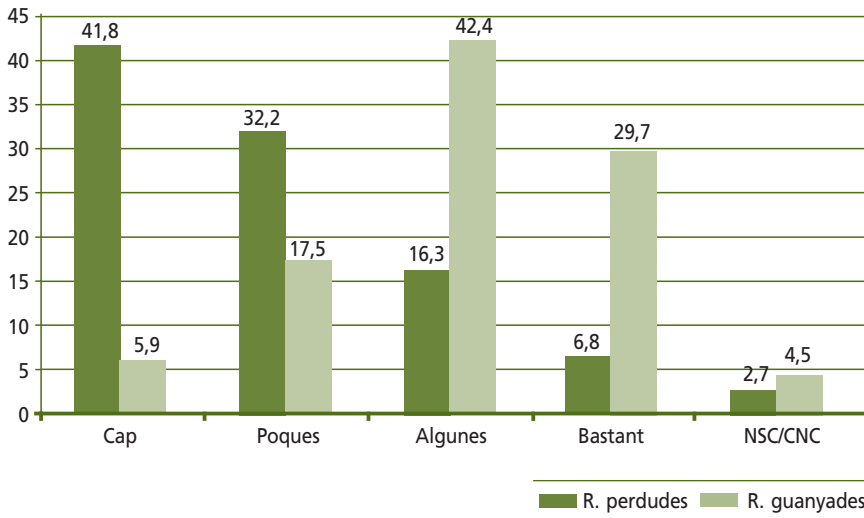
Recollírem les dades d'una manera presencial en la primera passació i en la tercera, mentre que en la segona les arreplegàrem per correu postal i per via telefònica.

5. Resultats

5.1. El perfil de la mostra

El perfil sociodemogràfic és el d'una dona (60,5%) que té entre seixanta i seixanta-nou anys (51,9%), que ha nascut a Mallorca (59,3%) o que, si ha nascut a fora, fa més de trenta anys que viu aquí, si és espanyola (25,5%), o més de vint, si és estrangera (4,5%); és una persona casada (63,5%) que viu amb la parella (i fills) (64,1%); té estudis primaris (26,1% de la mostra total) i està jubilada (25,2% de la mostra total).

Si ens centram en el perfil de la xarxa social, les persones avaluades no han perdut gaires relacions (un 41,8% indica que no n'ha perduda cap), però n'han guanyades, la majoria de les quals, algunes (42,4%) o bastants (29,7%). La font que ha guanyat més relacions i n'ha perdudes més ha estat la dels amics (34,1% front al 27,3%); en segon lloc, la font d'on més se n'han perdudes ha estat el treball (7,2%), i de la que se n'han guanyades més, la UOM (39,5%) o d'alguna altra associació o club (31,2%).

Gràfic 1 | Comparació entre relacions perdudes i relacions guanyades**Taula 2** | Comparació entre l'origen de les relacions perdudes i el de les guanyades

	Relacions perdudes		Relacions guanyades	
Del treball	58	17,2	9,5	32
De la família	74	22	4,2	14
Dels amics	92	27,3	34,1	115
D'alguna associació o club	35	10,4	31,2	105
De la UOM	6	1,8	39,5	133

Així doncs, aquests resultats són coherents amb els aportats per la pregunta següent sobre la solitud, segons els quals solament un 5,6% se sent sol sovint, mentre que un 58,5% no té aquest sentiment quasi mai o, en tot cas, poques vegades (19%).

Per últim, respecte dels canvis en la xarxa social, la resposta majoritària dels avaluats en ambdós casos és que es mantindrà igual, fet que fa pensar que tenen una xarxa social estable. A més, els alumnes avaluats en aquestes dues preguntes sembla que són optimistes, ja que no solament afirmen que també l'han augmentada des de fa cinc anys (28,2% del total), sinó que també asseguren que la continuaran augmentat (17,8% del total) els pròxims cinc anys.

Taula 3 | *Comparació entre els canvis percebuts, passats i futurs, en la xarxa social*

	Ha canviat la xarxa social? (Darrers cinc anys)		Percep que canviarà? (D'aquí a cinc anys)	
	Freqüència	Percentatge	Percentatge	Freqüència
Sí, ha disminuït	34	10,1	8	27
No, continua igual	99	29,4	34,1	115
Sí, ha augmentat	95	28,2	17,8	60
NS / NC	10	3	10,7	36
No avaluada	99	29,4	29,4	99
Total	337	100	100	337

Per últim, si parlem del suport social, el que els enquestats reben més «sovint» és el suport social emocional (47,2%); el tipus que perceben més (58,2%) és el que demanen més (23,4%) a «entre dues i tres persones» i el que donen més (33,2%) també a «entre dues i tres persones». El suport material és el que manco reben (quasi mai, 50,4%), el que manco perceben «sovint» (48,7%), el que manco demanen (un 61,6% no en demana a ningú) i el que manco donen (23,7% a «entre dues i tres persones»).

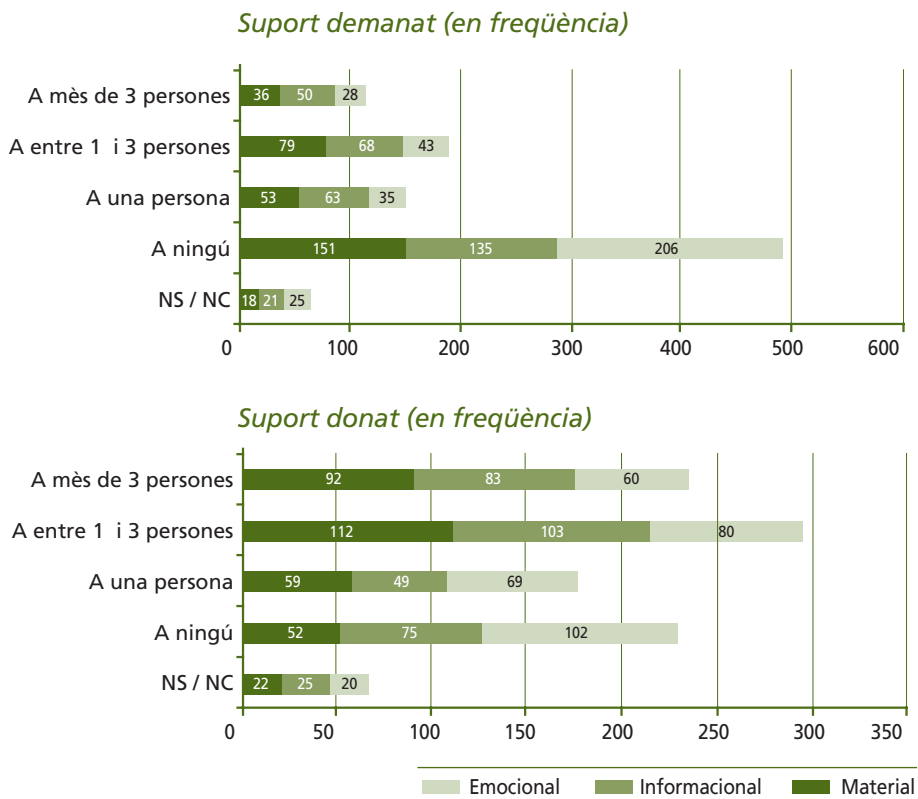
Podem comprovar, doncs, que el suport social emocional és el que té més interaccions, fet que és comprensible en la cultura mediterrània. Tal com esmenta l'estudi de l'INE (2008), aquest suport ja mostra diferències en les relacions familiars dels països mediterranis i la resta, per tant, és evident que també n'hi haurà en la percepció del suport social. Aquí és important la paraula «normalitat», és a dir, el que és considerat normatiu respecte de qui dóna el suport social emocional, quan el dóna i de quina manera. El suport social informacional és el que distribueix més els percentatges quant a recepció en totes les respostes, tot i que consideren que «segur» que els en donarien si ho necessitassin. De fet, podem considerar que és un suport «latent» i que creiem que s'activarà sempre que ho requereixi la situació, però no existeix d'una manera constant en la nostra vida. Per últim, el suport social material és el que mostra més poques interaccions processuals. Els nostres resultats s'assemblen als obtinguts per Domínguez (1991), citat per Guzman (2003), segons el qual la gent gran dóna més suport material que el que rep. Amb tot, aquest estudi es refereix al suport material com a diners, però, en el suport material, hem d'anar en compte de no centrar-nos solament en el suport econòmic.

Aquestes interaccions, però, són més freqüents en un grup reduït de persones o s'estén a tota la seva xarxa social? Si analitzam les respostes del suport social donat i demanat, comprovam que el que concentra les interaccions, en el cas de donar-ne, sol ser un grup reduït i que, depenent del tipus de suport, serà donat en el segon lloc i a més de tres persones (emocional) o solament a una (material).

Taula 4 | Quadre resum dels tipus de suport social per processos de suport social

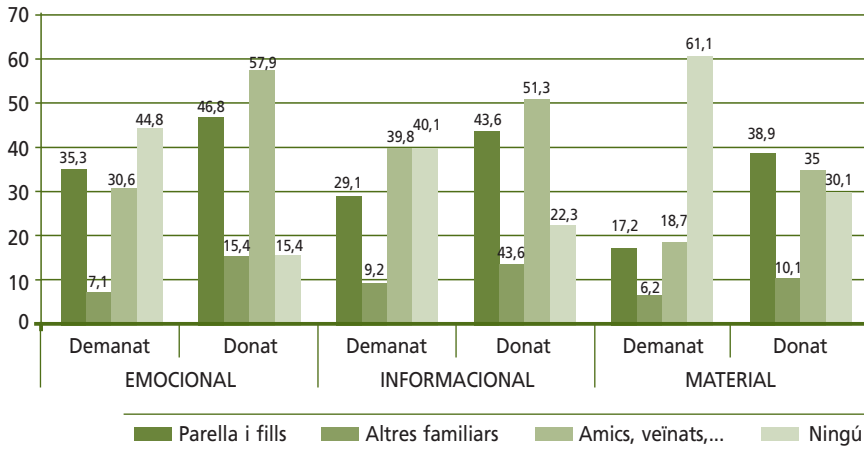
Suport social emocional		Suport social informatiu		Suport social material	
Rebut	Quasi mai	6,5%	Rebut	Quasi mai	22,6%
	Poques vegades	9,2%		Poques vegades	20,2%
	De vegades	33,8%		De vegades	29,7%
	Sovint	47,2%		Sovint	18,7%
	NS / NC	3,3%		NS / NC	8,9%
	No	3,0%		No	2,1%
Percebut	Tal vegada	10,1%	Percebut	Tal vegada	11,9%
	Sí, és el més probable	25,8%		Sí, és el més probable	29,1%
	Sí, segur	58,2%		Sí, segur	51,9%
	NS / NC	2,1%		NS / NC	5,0%
	A ningú	44,8%		A ningú	40,1%
Demanat	A una persona	15,7%	Demanat	A una persona	18,7%
	A entre dues i tres persones	23,4%		A entre dues i tres persones	20,2%
	A més de tres persones	10,7%		A més de tres persones	14,8%
	NS / NC	5,3%		NS / NC	6,2%
	A ningú	15,4%		A ningú	22,3%
	A una persona	17,5%		A una persona	14,5%
	A entre dues i tres persones	33,2%	Donat	A entre dues i tres persones	30,6%
	A més de tres persones	27,3%		A més de tres persones	25,2%
	NS / NC	6,5%		NS / NC	7,4%
	Quasi mai			Quasi mai	50,4%
	Poques vegades			Poques vegades	16,6%
	De vegades			De vegades	16,0%
	Sovint			Sovint	6,5%
	NS / NC			NS / NC	10,4%
	No			No	8,0%
	Tal vegada			Tal vegada	15,4%
	Sí, és el més probable			Sí, és el més probable	22,8%
	Sí, segur			Sí, segur	48,7%
	NS / NC			NS / NC	5,0%
	A ningú			A ningú	61,6%
	A una persona			A una persona	10,4%
	A entre dues i tres persones			A entre dues i tres persones	12,8%
	A més de tres persones			A més de tres persones	8,3%
	NS / NC			NS / NC	7,4%
	A ningú			A ningú	30,3%
	A una persona			A una persona	20,5%
	A entre dues i tres persones			A entre dues i tres persones	23,7%
	A més de tres persones			A més de tres persones	17,8%
	NS / NC			NS / NC	7,7%

Gràfic 2 | Freqüència del suport demanat i del suport demanat segons la tipologia del suport.



La taula següent desxifra les persones que participen en aquestes interaccions. Cal comentar que, pel que fa a demanar suport, les persones avaluades prefereixen no demanar-ne a ningú, sigui quin sigui el tipus de suport: emocional (44,8%), informacional (40,1%) o material (61,1%). Amb tot, i recordant les primeres dades sobre la família, sembla que és a la família a qui recorren més sovint a l'hora de demanar suport emocional (35,5%), seguit d'altres persones (30,6%), i a la família és també a qui donen més suport material (38,9%), seguit també d'altres persones (35%). Tret d'aquests dos processos, les persones que no són de la família (amics, veïns, etc.) són la font més citada, tant per demanar-los suport informacional (39,8%) com material (18,7%), tot i que el material té un percentatge similar al de la família (parella i fills), amb un 17,2%.

Gràfic 3 | Fonts del suport social, demanat i donat, segons la tipologia del suport social



5.2. Anàlisi de la xarxa social i del suport social de l'alumnat de la UOM

En aquest apartat, descrivim l'anàlisi estadística mitjançant taules de contingència que hem elaborat amb el programa SPSS.17. Hem analitzat el coeficient de contingència i la probabilitat per observar relacions significatives entre cada una de les variables del suport social i de la xarxa social que estan relacionades amb quatre variables sociodemogràfiques. Després d'haver llegit la biografia, hem considerat que les més significatives són: edat, sexe, estat de convivència i lloc de naixement.

Un cop que haguérem descrit la mostra, la passa següent va ser calcular els coeficients de contingència entre les variables del suport social i de la xarxa social (que hem esmentat més amunt) amb quatre de les variables que, segons els estudis, s'hi relacionaven d'una manera més significativa. Aquests variables són l'edat, el lloc de naixement, sexe i estat de convivència. L'objectiu era esbrinar si a la nostra mostra aquestes relacions eren significatives.

Taula 5 | Grau de significativitat entre les variables de la xarxa social i del suport social per edat, sexe, estat de convivència i lloc de naixement (CAIB)

Variable	Núm.	Edat	Sexe	Conv.	CAIB
RELACIONS PERDUDES	328	,271	,282	,561	,399
RELACIONS GUANYADES	322	,093	,371	,805	,888
SENTIMENT DE SOLITUD	333	,230	,208	,003	,259

Variable	Núm.	Edat	Sexe	Conv.	CAIB
HA CANVIAT LA XARXA	238	,474	,998	,010	,035
MANTINDRÀ LA XARXA	288	,290	,445	,796	,680
CANVIARÀ LA XARXA	202	,091	,369	,394	,475
SUPPORT SOCIAL EMOCIONAL REBUT	326	,123	,686	,670	,073
SUPPORT SOCIAL EMOCIONAL PERCEBUT	327	,855	,010	,855	,043
SUPPORT SOCIAL EMOCIONAL DEMANAT	319	,487	,452	,115	,692
SUPPORT SOCIAL EMOCIONAL DONAT	315	,581	,145	,579	,371
SUPPORT SOCIAL INFORMACIONAL REBUT	307	,075	,903	,916	,622
SUPPORT SOCIAL INFORMACIONAL PERCEBUT	320	,115	,035	,555	,541
SUPPORT SOCIAL INFORMACIONAL DEMANAT	316	,196	,102	,392	,271
SUPPORT SOCIAL INFORMACIONAL DONAT	312	,726	,584	,311	,818
SUPPORT SOCIAL MATERIAL REBUT	302	,096	,282	,561	,399
SUPPORT SOCIAL MATERIAL PERCEBUT	320	,275	,053	,207	,036
SUPPORT SOCIAL MATERIAL DEMANAT	312	,280	,746	,971	,071
SUPPORT SOCIAL MATERIAL DONAT	311	,440	,440	,162	,817

Com veiem a la taula anterior, el sentiment de solitud es correlaciona amb l'estat de convivència ($p < 0,003$). Això vol dir que viure sol està relacionat amb més sentiment de solitud. Madrigal (2000) o Abellan (2002) ja afirmaren que el tipus de convivència és un indicador determinant sobre la vida d'una persona. Amb tot, hem de tenir presents dues informacions importants. La primera és que no hem de confondre viure sol amb estar sol i la segona és que, a mesura que augmenta l'edat, el percentatge de persones que viuen soles també augmenta (IMSERSO 2009), tot i que també hi influeix el sexe o el nombre d'habitants del lloc de residència (Wan 1981). A més d'aquestes dades sociodemogràfiques, hi influiran altres variables, com ara l'aïllament familiar, el deteriorament d'aquestes relacions o si la persona participa en poques activitats agradables (Iglesias 2001, Rubio 2004).

Veiem també que hi ha una relació significativa entre els canvis en la xarxa des de fa cinc anys, tant amb el lloc de naixement ($p < 0,035$) com amb l'estat de convivència ($p < 0,010$). Les persones que viuen soles són les que senten que la seva xarxa ha disminuït (22%), front a un 5,6% de persones que viuen amb la parella (i els fills) o en altres estructures de convivència (10,3%). En aquest sentit, podem entendre que el motiu d'aquests resultats podria ser que haurien perdut relació/ns significativa/es al llarg d'aquest cinc anys, com pot ser la parella (per separació, divorci o mort) i, conseqüentment, també per aquelles que no hagin perdut la parella, però sí altres relacions significatives, deixin de tenir contacte amb les xarxes principals de la persona amb qui han perdut el contacte i que per ells eren xarxes secundàries; això és, per exemple, amb els amics de la parella.

Pel que fa a les variables del suport social, el suport rebut és el que ha tengut més correlacions significatives. Tot i això, ha quedat demostrat que hi ha relació entre la percepció del suport social i la salut (Saks et al. 2003, entre d'altres), i el procés de la percepció és el que surt explicitat amb més freqüència en la nostra mostra, especialment en el suport emocional (58,2%). Aquesta dada coincideix amb alguns dels estudis revisats (Ballester et al. 2003), tot i que hem de tenir present que un dels motius d'aquests resultats poden ser els efectes de la desitjabilitat social o d'altres factors, com ara la trajectòria personal (Michalos 1985).

Així, han correlacionat d'una manera significativa el suport social emocional percebut, el sexe ($p < 0,010$) i el lloc de naixement ($p < 0,043$). Si ens fixam en les persones que no han nascut a les Balears, veurem que perceben el suport social emocional d'una manera segura (63,8%), però no tant com les persones que han nascut a les Illes (85,5%). Són també les dones les qui perceben més suport emocional (87,8% front al 78,2% dels homes). De fet, aquesta relació significativa també existeix en el suport social informacional ($p < 0,035$), en què el 83,3% de les dones el perceben d'una manera segura, mentre que els homes puntuen més baix en les respostes en què afirmen que en percebran «tal vegada» (14,3% front a un 10,3%) o que, directament, no en percebran (3,8% front a un 1%). En canvi, tot i que no hi ha una relació significativa en la percepció del suport material ($p < 0,053$), les dones continuen sent les que en perceben d'una manera més segura (52,3%), mentre que, en aquest cas, els homes es decanten per respostes intermèdies, com «tal vegada» (21,2% front a l'11,8% de les dones).

Hi ha també una relació significativa entre la percepció del suport material i l'estat de convivència ($p < 0,036$). Tornant a les relacions significatives que hem descrites anteriorment, les persones que viuen soles són les que diuen que en rebran «tal vegada» (23,2%), mentre que un 51,4% de les que viuen amb qualcú afirmen que en rebran «segur». En aquest cas, cal fer una diferenciació en aquest grup, ja que les persones que viuen amb la parella, en el cas que no en percebin d'una manera segura, un 20,7% en rebran «probablement». Crida l'atenció el percentatge elevat de persones que viuen acompanyades, però no amb la parella ni amb els fills, i que afirmen que no en perceben mai (15,4%).

5.3. Anàlisi dels efectes de la UOM a partir de les variables estudiades

Completarem les informacions de l'apartat anterior amb l'anàlisi de totes les variables del suport i de la xarxa social amb la variable dels efectes que la UOM ha tingut per ells (si ha augmentat, disminuït o si continua igual) i amb el curs al qual estan matriculats. Intentarem observar si hi ha hagut canvis significatius tant en la xarxa com en el suport a través dels cursos o, en tot cas, a quin s'han produït els canvis més significatius.

Taula 6 | *Efectes de ser alumne/a de la UOM, per variables sociodemogràfiques, de la xarxa social i del suport social*

Variable	Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig. (bilateral)	Coef. de contingència
Curs	337	21,892	12	0,039	0,247
Edat	337	2,768	6	0,837	0,090
Lloc de naixement	337	4,731	9	0,857	0,118
Illes Balears	337	2,739	3	0,434	0,090
Anys que fa que viu a Mallorca	337	18,213	18	0,442	0,226
Sexe	337	4,347	3	0,226	0,113
Estat civil	337	20,922	9	0,013	0,242
Estat de convivència	337	13,081	9	0,162	0,193
Nivell d'estudis	152	23,190	6	0,001	0,364
Situació laboral	152	45,445	15	0,000	0,480
Relacions perdudes	328	13,475	9	0,142	0,199
Relacions guanyades	322	33,798	9	0,000	0,308
Sentiment de solitud	333	22,862	9	0,007	0,253
Ha canviat la xarxa	238	10,361	9	0,322	0,204
Percepció del manteniment	288	16,863	9	0,051	0,235
Canviarà la xarxa	202	8,680	6	0,192	0,203
SSER	326	23,298	9	0,006	0,258
SSEP	327	38,608	9	0,000	0,325
SSEDe	319	7,689	9	0,566	0,153
SSEDo	315	13,763	9	0,131	0,205
SSIR	307	14,845	9	0,095	0,215
SSIP	320	27,981	9	0,001	0,284
SSIDe	316	12,611	9	0,181	0,196
SSIDo	312	11,066	9	0,271	0,185
SSMR	302	10,479	9	0,313	0,183
SSMP	320	15,487	9	0,078	0,215
SSMDe	312	16,810	9	0,052	0,226
SSMDo	311	8,319	9	0,502	0,161

Els efectes de la UOM han mostrat que hi ha una relació significativa amb el curs ($p < 0,039$), l'estat civil ($p < 0,013$), el nivell d'estudis ($p < 0,001$), la situació laboral ($p < 0,000$), les relacions guanyades ($p < 0,000$), el sentiment de solitud ($p < 0,007$), el suport social emocional rebut ($p < 0,006$) i el percebut ($p < 0,000$), i el suport social informacional percebut ($p < 0,001$). Així, el nombre de persones que afirmen que la UOM ha tenguut efectes positius en la seva xarxa social ha augmentat i són vidus (el 82,8% dels vidus afirmen que la seva xarxa ha augmentat); el 79,5% de les persones que tenen estudis primaris front a un 44,4% de persones amb estudis universitaris afirmen que han augmentat la seva xarxa social, i els qui continuen en actiu (87,5%). Quant a les variables de la xarxa social, les

persones que han augmentat la xarxa gràcies a la UOM són les que han guanyat «algunes» o «bastants» relacions (77,4%) i que no se senten soles «quasi mai» (54,1%). Respecte de les variables del suport social, qui ha augmentat la xarxa gràcies a la UOM són els qui amb més freqüència reben suport emocional (48,7%) i en perceben (62,3%) i perceben suport informacional (54,7%). Respecte de la relació significativa obtinguda entre els efectes de la UOM i el curs, hem de comentar que els de primer són els qui han mostrat més respostes en l'augment de la xarxa gràcies a la UOM. Amb tot, un percentatge elevat del nombre de persones que han contestat el qüestionari són del primer curs.

Taula 7 | *Índex de significativitat entre les variables sociodemogràfiques, de la xarxa social i del suport social per cursos*

Variable	Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig. (bilateral)	Coefficient de contingència
Edat	337	32,760	8	0,000	0,298
Lloc de naixement	337	22,884	12	0,029	0,252
Illes Balears	337	10,493	4	0,033	0,174
Anys que fa que viu a Mallorca	337	28,993	24	0,220	0,281
Sexe	337	4,581	4	0,333	0,116
Estat civil	337	13,127	12	0,360	0,194
Estat de convivència	337	7,902	8	0,443	0,151
Nivell d'estudis*	152	5,130	8	0,744	0,181
Situació laboral*	152	55,255	20	0,000	0,516
Relacions perdudes	328	18,652	12	0,097	0,232
Relacions guanyades	322	16,088	12	0,187	0,217
Sentiment de solitud	333	12,805	12	0,383	0,192
Ha canviat la xarxa*	141	38,967	16	0,001	0,465
Percepció del manteniment	288	21,221	12	0,047	0,262
Canviarà la xarxa*	202	12,384	8	0,135	0,240
SSER	326	26,158	12	0,010	0,273
SSEP	327	18,675	12	0,097	0,232
SSEDe	319	10,249	12	0,594	0,176
SSEDo	315	9,273	12	0,679	0,169
SSIR	307	13,127	12	0,360	0,202
SSIP	320	15,044	12	0,239	0,212
SSIDe	316	14,018	12	0,300	0,206
SSIDo	312	11,582	12	0,480	0,189
SSMR	302	9,962	12	0,612	0,179
SSMP	320	8,620	12	0,735	0,162
SSMDe	312	7,160	12	0,847	0,150
SSMDo	311	19,433	12	0,079	0,243

Si ens fixam en l'evolució per cursos, aquesta variable correlaciona directament amb l'edat ($p < 0,000$), el lloc de naixement ($p < 0,029$) (Illes Balears $-p < 0,033$), la situació laboral ($p < 0,000$), els canvis en la xarxa des de fa cinc anys ($p < 0,001$), la percepció del manteniment del suport ($p < 0,047$) i el suport social emocional rebut ($p < 0,010$).¹

En aquest cas, hem pogut comprovar que el grup que té entre seixanta i seixanta-nou anys és el més nombrós des de primer fins a quart, curs que és superat pels qui tenen més de seixanta-nou anys (52,3%) i, com a primer, és el que té el percentatge més elevat de persones de manco de seixanta anys (33%). Hem observat que en els primers cursos també ha augmentat el nombre de persones que no han nascut a les Balears (dels alumnes de primer, un 33% havien nascut a una altra comunitat i un 10,1%, a l'estranger). Crida l'atenció que, a partir de quart, és quan el percentatge de persones que afirmen que la seva xarxa social ha augmentat des de fa cinc anys és més elevat; un 45,3%, a quart i un 54,5%, a cinquè; els de tercer i els de quart afirmen que «sovint» mantindran les seves relacions (56,1% i 50,9% respectivament), mentre que els de cinquè solament ho creuen «de vegades» (36,4%). En canvi, quant a suport social emocional rebut, els del Diploma Sènior (de primer a tercer curs) són els qui més «sovint» en reben, especialment els de segon (59,5%); a quart, ja s'ha igualat, amb la resposta «de vegades» i, a cinquè, un 54,5% en reben «de vegades» i solament un 22,7%, «sovint».

5.4. Anàlisi factorial de les variables de la xarxa social i del suport social

Per acabar la investigació, ens centrarem en l'obtenció de factors de les variables del suport social i de la xarxa social avaluats. Pel que fa la xarxa social, hem obtingut dos factors que expliquen el 64,182% de la mostra total després de la rotació, amb un índex KMO de 0,770 i una significació de $p < 0,000$: 1) solitud i relacions perdudes, i, 2) canvis en la xarxa (passat, present i futur) i relacions guanyades.

Taula 8 | *Anàlisi factorial. Xarxa social. Components*

VARIABLE	1	2
Solitud	,762	,241
Relacions perdudes	,570	-,173
Ha canviat la xarxa	-,606	,524
Relacions guanyades	-,482	,385
Manteniment de la xarxa	,118	,721
Canviarà la xarxa	-,298	,687

¹ Com hem pogut veure, també correlacionava d'una manera significativa amb l'efecte de la UOM ($p < 0,039$).

En l'anàlisi factorial del suport social, hem obtingut quatre factors que expliquen el 64,182% de la mostra total després de la rotació, amb un índex KMO de 0,770 i una significació de $p < 0,000$: 1) suport social informacional i emocional demanat i donat, i suport informacional rebut; 2) suport social percebut informacional i material; 3) suport social emocional percebut i suport social material (rebut, donat i demanat), i, 4) suport social emocional rebut.

Taula 9 | *Anàlisi factorial. Suport social. Components*

VARIABLE	1	2	3	4
SSIDo (Suport social informacional donat)	,772	,060	,098	,040
SSIDe (Suport social informacional demanat)	,771	,129	,136	-,073
SSEDo (Suport social emocional donat)	,743	-,027	,138	,125
SSEDe (Suport social emocional demanat)	,632	-,001	,171	,236
SSIR (Suport social informacional rebut)	,602	,179	-,024	,034
SSMP (Suport social material percebut)	-,070	,823	,220	-,011
SSIP (Suport social informacional percebut)	,239	,811	-,062	,203
SSEP (Suport social emocional percebut)	-,184	-,617	,165	-,497
SSMR (Suport social material rebut)	,023	,021	,877	,202
SSMDo (Suport social material donat)	,444	-,005	,577	-,224
SSMDe (Suport social material demanat)	,453	,147	,540	-,306
SSER (Suport social emocional rebut)	,131	,229	,047	,856

Un cop hem obtingut aquests components, hem fet una anàlisi clúster, de la qual hem extret tres clústers: 53 en el primer, 50 en el segon i 43 en el tercer (146 en total). Tal com mostra la taula que aportam a continuació, tots els factorials són significatius.

Taula 10 | *Resultats dels clústers*

Factor	Conglomerat		F	Sig
	Mitjana quadràtica	Grau de llibertat		
F1_XS: Relacions perdudes i solitud	18,021	2	18,657	,000
F2_XS: Relacions guanyades i canvis en xarxa	25,020	2	27,437	,000
F1_SS: SSIDe, SSIDo, SSEDe, SSEDo, SSIR	28,676	2	35,304	,000
F2_SS: SSIP, SSMP	11,426	2	10,692	,000
F3_SS: SSMR, SSMDe, SSMDo, SSEP	8,387	2	7,325	,001
F4_SS: SSER	54,234	2	122,020	,000

Un cop haguérem revisat l'índex de significativitat, agrupàrem els valors en quatre tipus per a cada factor: nivell baix (valor 1), nivell mitjà baix (valor 2), nivell mitjà alt (valor 3) i nivell alt (valor 4). A partir d'aquesta codificació, podem descriure el perfil de la xarxa social i del suport social de cada un dels conglomerats:

Taula 11 | *Nivells de cada factor segons el clúster*

Factors	Conglomerat		
	1	2	3
F1_XS: Relacions perdudes i solitud	3	2	2
F2_XS: Relacions guanyades i canvis en xarxa	2	3	3
F1_SS: SSIDe, SSIDo, SSEDe, SSEDo, SSIR	2	3	3
F2_SS: SSIP, SSMP	2	2	3
F3_SS: SSMR, SSMDDe, SSMDDo, SSEP	2	3	3
F4_SS: SSER	2	4	2

Conglomerat 1. Els subjectes d'aquest grup presenten nivells mitjans baixos en tots els suports socials i també refereixen nivells baixos en els canvis (passats, presents i futurs) de la seva xarxa social i de relacions guanyades, mentre que tenen nivells mitjans alts de sentiments de solitud i de relacions perdudes.

Conglomerat 2. Els subjectes d'aquest grup presenten nivells mitjans alts en les demandes i donacions de suport informacional i emocional, en el suport informacional rebut (factor 1) i en tots els processos del suport material, excepte del percebut, i en el suport emocional percebut (factor 3). En canvi, en la percepció del suport informacional i material, el nivell és mitjà baix. Aquests nivells mitjans alts, conjuntament amb el nivells alts de recepció del suport emocional, es corresponen amb un nivell mitjà alt de les relacions guanyades i dels canvis en la xarxa (factor 1 de la xarxa social) i en nivells mitjans baixos de relacions perdudes i de sentiments de solitud (factor 2 de la xarxa social).

Conglomerat 3. Aquest grup presenta el mateix comportament que l'anterior en la xarxa social, és a dir, tenen un nivell mitjà alt en les relacions guanyades i en els canvis en la xarxa (factor 1 de la xarxa social) i nivells mitjans baixos en les relacions perdudes i en els sentiments de solitud (factor 2 de la xarxa social) quan els seus suports socials són mitjans alts, excepte el suport emocional rebut (factor 4).

Com hem pogut observar, no n'hi ha cap que tingui nivells baixos en cap dels factors obtinguts, i solament un grup té un nivell alt (4) en el suport social rebut (conglomerat

2). En conjunt, són grups que tenen un nivell general mitjà alt en els suports, excepte en el primer conglomerat, que té un nivell mitjà baix (2) en tots els suports, conjuntament amb un nivell també mitjà-baix en les relacions guanyades i els canvis en la xarxa, i un nivell mitjà alt en les relacions perdudes i els sentiments de solitud (al contrari que els altres dos grups).

Per últim, i amb l'objectiu de fer una descripció més detallada d'aquests grups, hem fet una anàlisi amb les variables sociodemogràfiques emprades en els primers resultats (edat, sexe, lloc de naixement i estat de convivència) i amb els efectes que ha tingut la UOM (disminució de la seva xarxa social, continuació o augment):

Taula 12 | *Resum dels clústers*

Variable	Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig. (bilateral)	Coefficient de contingència
Edat	146	4,421	4	0,352	,171
Sexe	146	1,589	2	0,452	,104
E. de convivència	146	1,472	4	0,832	,100
Illes Balears	146	5,187	2	0,075	,185
Efecte UOM	146	16,162	6	0,013	,148

6. Conclusions

Amb la contextualització del nostre estudi, hem pogut extreure algunes informacions que ens han aportat un camí envers unes conclusions, entre les quals destaquem: a) la importància de la prevenció (especialment en l'adaptació a les necessitats de la gent gran); b) els canvis produïts en la imatge social de les persones grans, un col·lectiu que de cada vegada té més relacions amb visions positives, gràcies, per exemple, que és molt visible a través dels programes universitaris per a gent gran; c) l'autopercepció de la gent gran, la qual segueix el camí paral·lel a la imatge social i que, a més, aporta beneficis positius per a l'autoestima i autoconcepte, i, d) la revolució demogràfica de les persones grans, que requerirà un compromís en totes les àrees (polítiques, socials, familiars, individuals, etc.) per poder adaptar-se a aquest perfil nou de la societat en general.

El suport social s'ha convertit, per tant, en una de les múltiples dimensions de la qualitat de vida i, tot i que hi ha autors que consideren que és un element independent o que està agrupat en una dimensió més general, és indispensable tenir-ne a l'hora d'avaluar la qualitat de vida. Aquesta multidimensionalitat de la qualitat de vida és també palesa en la conceptualització del suport social. Això, si bé ha aportat diverses perspectives i metodologies per entendre-la i avaluar-la i, per tant, per enriquir-la dia a dia (en aquests

darrers moments, s'hi ha incorporat la variable del context), hem de tenir en compte que aquesta diversitat també té un element negatiu, ja que elimina o, en tot cas, minva algunes garanties metodològiques que permetrien el consens entre tota la comunitat científica, com ara els baixos índexs de fiabilitat i de validesa d'alguns qüestionaris d'avaluació del suport social.

Amb tot, sembla que la taxonomia de Tardy (1985) —que recull la direccionalitat, disponibilitat, avaluació, descripció i el contingut— és una de les més importants i de les que han tingut més acceptació. Tenir present tant la perspectiva estructural, com la funcional i la contextual ja sembla que és una opció necessària per avaluar el suport social, si volem estudiar-lo en tota la seva complexitat.

A partir d'aquesta premissa, elaborarem un qüestionari que recollia aquestes variables, les sociodemogràfiques, les de la xarxa social i el suport social, contextualitzades en un programa universitari per a gent gran. Tinguérem en compte les variables que podrien perfilar les característiques principals de la nostra mostra (com ara el lloc de naixement), les característiques de les persones grans a l'hora de ser avaluades (ansietat, fatiga, etc.), i amb uns índexs de fiabilitat i de validesa per al nostre qüestionari.

Per què obtàrem per avaluar les persones que estaven matriculades a un programa universitari per a gent gran? La resposta sembla òbvia, quan analitzam els beneficis de l'envelliment actiu, juntament amb la qualitat i el bon aprofitament del temps lliure i, tancant el cercle, l'obertura de les universitats a la societat, que compleixen la funció que tenen de projecció cultural. Evidentment, el nostre estudi tenia el suport d'estudis anteriors, en els quals poguérem comprovar que els programes universitaris per a gent gran són importants per a la qualitat de vida dels alumnes (autoestima, augment de les relacions socials, enriquiment personal i cultural...). Aquests beneficis, que poden ser avaluats quan s'ha fet com a mínim un curs d'aquests programes, també quedaven demostrats en l'anàlisi de les motivacions que impulsen una persona gran a matricular-s'hi, ja que, a més de les cognitives, hi ha un seguit de motivacions relacionades amb raons socials (Montoro 2007).

Així doncs, centrarem l'estudi en l'anàlisi del suport social i de la xarxa social dels alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) els cursos 2002-2003, 2006-2007 i 2008-2009, a partir d'una mostra de 337 alumnes de la UOM per comprovar si els estudiants de la UOM (Diploma Sènior i Diploma Sènior Superior) augmenten les seves xarxes socials i empenen el suport social (emocional, informacions i instrumental) quan en necessiten en circumstàncies i processos diversos (recepció, percepció, demanda i donació de suport social).

L'anàlisi descriptiva mostrà un perfil de l'estudiant que era el d'una dona (60,5%) que té entre seixanta i seixanta-nou anys (51,9%), casada (63,5%), amb estudis primaris

(26,1%); nascuda a Mallorca (59,3%) o, en tot cas, que fa més de trenta anys que hi viu (25,5%, si és espanyola o 4,5%, si nasqué a l'estranger). En general, és una mostra que ha guanyat moltes relacions socials (42,2%) i que no n'ha perduda cap (41,8%). Així, no solament un 29,7% afirma que la seva xarxa ha augmentat des de fa cinc anys, sinó que, a més, un 34,1% creu que mantindrà aquestes relacions socials d'aquí a cinc anys. L'origen d'aquestes relacions mostra que la UOM és una potentíssima font de xarxes socials (34,1% de les noves relacions en provenen i un 31,2% dels amics, els quals també poden provenir-ne). Finalment, el procés que és més actiu és la percepció, especialment l'emocional (el 51,9% afirma que estan segurs que en rebran quan en necessitin), mentre que la demanda de suport, especialment el material, és la que mostra menys interaccions (el 61,6% afirma que no n'ha demanat). La família nuclear i els amics són les fonts més citades per a aquestes interaccions.

Respecte de les subhipòtesis plantejades, al llarg de l'article hem aportat les dades més importants que ens permeten arribar a les conclusions següents:

Subhipòtesi 1. Hi ha diferències significatives entre la xarxa social i el suport social segons el sexe, el grup d'edat, el lloc de naixement i el sistema de convivència

Els resultats obtinguts mostren que l'estat de convivència correlaciona amb el sentiment de solitud ($p < 0,003$) i amb els canvis en la xarxa social ($p < 0,010$). Aquests canvis també correlacionen d'una manera significativa amb l'estat de convivència ($p < 0,010$). Per últim, el sexe correlaciona amb el suport social emocional ($p < 0,010$) i informatiu percebut ($p < 0,035$), i el lloc de naixement amb el suport emocional ($p < 0,043$) i material percebut ($p < 0,036$), com mostra la taula següent. Així doncs, solament podem afirmar que hi ha relacions significatives entre algunes variables de la xarxa social i del suport social quant a sexe, lloc de naixement i estat de convivència, però cap relació significativa relacionada amb el grup d'edat.

Taula 13 | *Resum de relacions significatives entre variables sociodemogràfiques, de la xarxa social i del suport social*

Variable		Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig. (bilateral)	Coef. de contingència
Sentiment de solitud	Estat de convivència	333	19.619	6	.003	.236
Canvis en la xarxa	Lloc de naixement	238	16.864	6	.010	.257
Canvis en la xarxa	Estat de convivència	238	16.864	6	.010	.257
SSEP	Sexe	327	11.330	3	.010	.183
SSEP	Lloc de naixement	327	8.140	3	.043	.156
SSIP	Sexe	320	8.633	3	.035	.162
SSMP	Lloc de naixement	320	8.516	3	.036	.161

Subhipòtesi 2. Haver participat a la UOM ha introduït canvis significatius positius en la seva xarxa social i en el suport social

Com podem observar a la taula següent, els efectes de la UOM (si la xarxa ha augmentat, ha disminuït o si s'ha mantingut igual) han correlacionat significativament amb:

Taula 14 | *Resum de les relacions significatives a conseqüència de la UOM amb variables de la xarxa social i del suport social*

Variable	Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig- (bilateral)	Coef. de contingència
Curs	337	21,892	12	0,039	0,247
Estat civil	337	20,922	9	0,013	0,242
Nivell d'estudis	152	23,190	6	0,001	0,364
Situació laboral	152	45,445	15	0,000	0,480
Relacions guanyades	322	33,798	9	0,000	0,308
Sentiment de solitud	333	22,862	9	0,007	0,253
SSER	326	23,298	9	0,006	0,258
SSEP	327	38,608	9	0,000	0,325
SSIP	320	27,981	9	0,001	0,284

Hem observat que l'augment de les xarxes socials és més intens els primers cursos de la UOM, possiblement perquè les relacions en els darrers cursos, més que augmentar, es consoliden amb aquelles persones —pot ser desconegudes als primers cursos— que han tingut al costat al llarg dels cursos que han seguit d'una manera conjunta. De les altres variables sociodemogràfiques en podem concloure que la UOM ha pogut ajudar a augmentar les xarxes socials a aquelles persones que poden presentar determinats indicadors de risc envers la solitud, com ara viduïtat, jubilació o, en altres casos, que tinguin un nivell d'estudis baix.

El fet que les persones que s'asseuen devora una persona gran en un primer curs es puguin convertir en un amic als darrers cursos (o, fins i tot, abans) és una idea que ja plantejà Vives el 2003. Aquest fet explicaria les respostes d'haver guanyat «algunes» o «bastants» relacions (77,4%) en la nostra mostra i els nivells baixos de sentiment de solitud.

Respecte del suport social, els canvis més significatius han aparegut, un altre cop, en la percepció del suport social, en aquest cas, en el suport emocional (62,3%) dels qui en perceben d'una manera segura, els quals han augmentat la xarxa social i informativa (54,7%). El suport social emocional és també el tipus de suport més intens i, per tant, també hi ha relacions significatives entre els efectes positius de la UOM i el suport emocional rebut (48,7%).

Subhipòtesi 3. Els canvis es produeixen principalment els primers cursos i, en els posteriors, s'estabilitzen

Com a complement a la informació aportada per respondre la subhipòtesi anterior, les dades obtingudes afirmen que els alumnes del Diploma Sènior Superior són els qui afirmen en més nombre que la seva xarxa social ha augmentat els darrers cinc anys (45,3%, a quart i 54,5%, a cinquè). Els de tercer i quart són els qui més creuen que «sovint» mantindran el suport en el cas que ho necessitin (56,1% i 50,9%, respectivament). És a dir, tot i haver afirmat a primer que han guanyat més relacions, és especialment a quart quan aquests efectes són més intensos (confirmen que la seva xarxa social ha augmentat). El fet que a cinquè no creguin que mantindran el seu suport d'una manera tan freqüent pot ser perquè és el darrer any a la UOM. Per tant, és possible que percebin que no mantindran la intensitat i la freqüència dels contactes que actualment tenen amb els amics i companys de la UOM.

Taula 15 | *Resum de les relacions significatives entre el curs amb variables de la xarxa social i del suport social*

Variable	Núm.	Valor khi quadrat	Graus de llibertat	Sig. (bilateral)	Coef. de contingència
Edat	337	32,760	8	0,000	0,298
Lloc de naixement	337	22,884	12	0,029	0,252
Illes Balears	337	10,493	4	0,033	0,174
Situació laboral*	152	55,255	20	0,000	0,516
Ha canviat la xarxa*	141	38,967	16	0,001	0,465
Percepció del manteniment	288	21,221	12	0,047	0,262
SSER	326	26,158	12	0,010	0,273

Les dades sociodemogràfiques afirmen que, a més que a mesura que augmenten els cursos augmenta l'edat dels alumnes, als primers cursos hi ha un percentatge més elevat de persones arribades de fora de les Balears. Aquesta dada és important per entendre que és necessari fer l'adaptació als crèdits europeus i a la nova realitat dels estudiants.

Subhipòtesi 4. L'estructura factorial del qüestionari demostra diverses dimensions en els constructes de «xarxa social» i de «suport social»

Les dades obtingudes a través de l'anàlisi factorial de les variables de la xarxa social i del suport social ens han permès destriar sis factors. Quant a la xarxa social, hem obtingut dos factors que expliquen el 64,182% de la mostra total després de la rotació (índex KMO de 0,770): 1) solitud i relacions perdudes, i, 2) canvis en la xarxa (passat, present i futur) i relacions guanyades. Així, hem pogut comprovar les relacions entre la pèrdua de relacions i el sentiment de solitud i els canvis (augment) de les xarxes al llarg de deu anys amb les relacions guanyades.

Amb l'anàlisi factorial del suport social, hem obtingut quatre factors que expliquen el 64,182% de la mostra total després de la rotació (índex KMO de 0,770): 1) suport social informacional i emocional demanat i donat, i suport informacional rebut; 2) suport social percebut informacional i material; 3) suport social emocional percebut i suport social material (rebut, donat i demanat), i, 4) suport social emocional rebut. Comprovam, doncs, que s'agrupen les demandes i que les donacions de suport informacional i emocional tenen un comportament similar, com també les percepcions del suport informacional i del material. Aquest darrer agrupa els tres altres processos en un sol factor, mentre que a la resta el comportament del suport emocional rebut és independent.

Subhipòtesi 5. Podem determinar grups de subjectes amb perfils similars de suport social i de xarxa social en la mostra seleccionada

L'anàlisi clúster ens ha permès extreure 146 subjectes agrupats en tres clústers. D'aquests tres grups, no n'hi ha cap que presenti nivells baixos en cap dels factors obtinguts, i solament un presenta un nivell alt (4) en el suport social rebut (conglomerat 2). En conjunt, són grups que tenen un nivell general mitjà alt en els suports, excepte en el primer conglomerat, en el qual el tenen mitjà baix (2) en tots els suports, conjuntament amb un nivell també mitjà baix amb les relacions guanyades i els canvis en la xarxa, i un nivell mitjà alt en relacions perdudes i sentiments de solitud (al contrari que els altres dos grups).

Aquests grups correlacionen amb els efectes de la UOM ($p < 0,013$). Els qui mostren manco nivells de suport social (clúster 1) són els qui més «mantenen» igual la seva xarxa. Comprovam que el suport emocional rebut és important, ja que el clúster que en té el nivell més alt (4) més rep «sovint» aquest suport (88% de la mostra total).

7. Discussió

L'objectiu principal de la nostra investigació ha estat obrir una primera porta a l'estudi sistemàtic tant del suport social de les persones grans com dels efectes que pugui tenir a nivell social la participació en programes universitaris per a gent gran.

Amb tot, les primeres passes sempre són complicades i és important aprendre de les errades comeses. Si més no, amb el desenvolupament de la investigació han sorgit altres idees i/o propostes que poden millorar-la quantitativament i qualitativament.

L'aspecte que podem millorar més, al nostre parer, és el nombre de subjectes que participin en la mostra. Pot augmentar, si aquesta recollida d'informació és sistematitzada en moments puntuals que els alumnes coneguin, per exemple, a l'hora de matricular-se (fet que permetria obtenir també informació sobre la situació prèvia envers el suport

social i la seva xarxa social) i en les avaluacions finals de cada curs. Seria un element més a partir del qual podríem obtenir resultats del programa i podríem comprovar, per tant, si apareixen els efectes socials beneficiosos d'aquest programa educatiu. Obtindríem, al mateix temps, no solament dades quantitatives sobre els resultats, sinó també qualitatives.

Un altre focus de discussió són les variables escollides a l'hora d'avaluar el suport social. Podem obrir un ampli debat amb les variables que hi podem incorporar, però consideram que els tres blocs descrits compleixen els objectius descrits. Les variables escollides en la xarxa i el suport social són els que han estat més repetits en els qüestionaris revisats, quant a suport social i qualitat de vida.

En tot cas, més que incloure-hi altres variables, sí que podríem debatre si cal canviar-ne qualsevol, ja que sempre hem de tenir en compte la fatigabilitat dels subjectes avaluats, així com la desitjabilitat social que pot influir en els resultats finals dels qüestionaris. Amb tot, consideram que hem fet un esforç perquè les variables avaluades, traduïdes en preguntes, fossin tan clares com fos possible per evitar confusions, per exemple, entre els tipus de suport social avaluats.

Segurament una qüestió que el lector d'aquest article es pot haver plantejat és el perfil de la mostra, ja que pot considerar que no és representativa del conjunt de persones grans, en tant que no presenten discapacitats psíquiques greus que els limitin ni l'assistència a la UOM ni la tasca de complimentar el qüestionari. En comptes de ser un entrebanc, podríem considerar que el perfil de la mostra és un element més a l'hora fer una avaluació comparativa entre mostres diverses; per exemple, establir semblances i diferències en el perfil sociodemogràfic podria ajudar-nos a preparar tasques de prevenció per detectar indicadors de risc (per exemple, en temes de dependència o aïllament social).

Queda, per tant, establir algunes propostes de futur que podríem fixar a partir d'aquesta investigació, és a dir, aquelles portes que es divisarien quan la començàssim. Des d'aquest petit «distribuïdor» que hem obert, hem pogut comprovar que el suport social és una línia potent, tant per a la investigació com per a la intervenció en relació amb la qualitat de vida i l'educació de les persones grans.

Una de les portes assenyalada els avantatges que tenen els programes universitaris per a gent gran per a la seva salut. Per això, des d'un primer moment, en defensam la continuïtat, però sempre evitant caure en el reduccionisme de ser programes purament instructius. La nostra aposta considera l'educació de les persones grans un factor bàsic de les polítiques de benestar social, no solament per possibilitar-los un envelliment actiu, sinó sobretot per oferir-los un període en el qual la qualitat de vida ha de ser fonamental.

La porta següent assenyala una metodologia longitudinal, amb l'alumnat de la Universitat Oberta de Majors. Recull d'una manera sistemàtica les dades tant al principi del curs com al final, fa una anàlisi prèvia i posterior de cada curs UOM i també veu l'evolució dels suports socials d'un mateix grup durant tot el pla d'estudis vigent.

Evidentment, aquesta línia es podria obrir tant amb la comparació amb altres alumnes d'altres programes universitaris per a gent gran —tant espanyols com internacionals— i sempre amb la mateixa metodologia —per garantir la fiabilitat i la validesa dels resultats—, o bé encaminar les comparacions amb altres alumnes d'altres programes de la UOM, com poden ser UOM pobles, UOM Menorca, UOM Eivissa, etc.

Al mateix temps, proposam un model d'interpretació de les dades més sofisticat, amb anàlisis multivariables, entrevistes de profunditat, etc., per aprofundir un poc més en la realitat de les xarxes socials i dels suports socials dels alumnes matriculats a la UOM. Si el que pretenem és fer comparacions amb altres mostres, hauríem de començar l'anàlisi de la fiabilitat i de la validesa de l'instrument creat fent-hi les modificacions oportunes (per exemple, les referides a la part de les xarxes socials) i, al mateix temps, determinar si és convenient complementar les dades obtingudes a partir d'aquest qüestionari amb d'altres.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A.; Puga, D. (2002). «Patrones de entrada en discapacidad». *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 14 (2), pàg. 105-107.

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.

Arnay, J. (2003). *La integración de los estudios universitarios para personas mayores en el espacio europeo de educación superior*. Madrid: Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores.

Ashida, S.; Heany, C. A. (2008). «Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults». *Journal of Aging and Health* 20 (7), pàg. 872-893.

Ballester, Ll.; Matamalas, A.; Orte, C. (2003). *Vellesa, dependència i necessitats socials a Artà. Situació actual i perspectives de futur*. Ajuntament d'Artà. Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

Barrio del, E. (2007). «Uso del tiempo libre en personas mayores». *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias* 27, març 2007. Madrid: Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO).

Berkman, L. F.; Syme, S. L. (1979). «Social networks, host resistance and mortality. A nine year follow-up study of Alameda County residents». *American Journal of Epidemiology* 109, pàg. 186-204.

Berkman, L. F.; Glass, T. (2000). «Social Integration, Social Networks, Social Support and Health». A: Berkman, Kawachi (eds.). *Social Epidemiology* 137-173. Nova York: Oxford University Press.

Bermejo, L. (2006). «Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el "empowerment" de los mayores. Estrategias pedagógicas para la intervención con personas mayores». A: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Vivienda y Bienestar Social. *Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

Buz, J. [et al.] (2004). «Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez». *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 39 (3), pàg. 23-29.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Casado, D.; López M.; Casanovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Obra Social Fundació La Caixa (Colección de estudios sociales, 6).

Cassel, J. (1976). «The contribution of the social environment to host resistance». *American Journal of Epidemiology* 104 (2), pàg. 107-123.

Coob, S. (1976). «Social support as a moderator of life stress». *Psychosomatic Medicine* 38 (5), pàg. 300-314.

Cohen, S.; Wills, T. A. (1985). «Stress, social support, and the buffering hypothesis». *Psychological Bulletin* 109, pàg. 5-24.

Cordero, P. (2006). «Situación social de las personas mayores en España». *Humanismo y trabajo social* 5, pàg. 161-195.

Fernández, R.; Zamarrón M. D.; Marcià A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Documentos técnicos*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Fernández, R. (dir.) (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Fernández, A. (1997). *Apoyo social y calidad de vida en personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.

García, M. A. (1997). *Ocio activo y bienestar subjetivo en personas mayores*. Màlaga: Universidad de Màlaga.

Gauthier, A. H.; Smeeding, T. M. (2000). «Patterns of time use of people age 55 to 64 years old: Some cross-national comparisons». *Aging Studies Pro-gram* 20. <http://escholarship.bc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=retirement_papers> [consultat el 18-IV-2004].

Gómez, M. O. (1997). *Apoyo social en la tercera edad*. València: Universitat de València.

Gómez, L., Pérez, M.; Vila, J. (2001). «Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión». *Psicología Conductual* 9 (1).

Goncalves, L. D. (2001). *Calidad de vida de las personas mayores*. Extremadura: Universidad de Extremadura.

Gurzman, J. M.; Huenchuan, S.; De Oca, V. M. (2003). «Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual». Ponència presentada al Simposio Viejos y Viejas, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14-18 de juliol de 2003.

Gyoung-hae, H.; Joo-hyun K.; Kyung-mim, K. (2003). «Supportive and conflictual social networks of the middle-age in Korea: Does it vary by Gender?». Comunicació presentada al Congrés Internacional de Gerontologia i Geriatria. Barcelona.

House, J. S. (1982). *Work stress and social support*. Addison Wesley: Reading, M. A.

Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores. Observatorio de Mayores*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INE (2004). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003*. Madrid: INE.

INE (2008). *Mujeres y hombres en España 2008*. Madrid: INE

Kafetsions, K.; Sideridis, G. (2006). «Attachment, social support and well-being in young and older adults». *Journal of Health Psychology* 6, (11), pàg. 863-876.

Lirio, J. (2008). *La gerontología educativa en España: realidad sociodemográfica y concepciones de aprendizaje de los alumnos de la Universidad de Mayores "José Saramago" de la sede de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla la Mancha*. Desembre 2008. Universidad de Castilla La Mancha.

Madrigal, A. (2000). «La soledad de las personas mayores». *Boletín sobre el Envejecimiento* 3 (deseembre 2000). Servicio de estudios y estadística. Observatorio de personas mayores. IMSERSO.

Maquieiria D'Angelo, V. (2001). *Mujeres mayores en el s. XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid: IMSERSO.

Marín, M.; García, A.; Troyano, Y. (2006). «Modelo de ocio activo en las personas mayores: revisión desde una perspectiva psicosocial». *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*. Vol. XVI, Vol. I.

Mas, C.; Medinas, M. (2007). «Motivacions para el estudio en universitarios». *Anales de Psicología* 23 (1), pàg. 17-24.

Michalos, A. C. (1985). «Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM)». *Intervención psicosocial* 4 (11), pàg. 101-115.

Montoro, J.; Pinazo, S.; Tortosa, M. A. (2007). «Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios». *Revista Española Geriatría y Gerontología* 42 (3), pàg. 158-166.

Moragas, R. (1995). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

Orte, C. (2006) (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios para mayores*. Madrid: Dykinson, S. L.

Orte, C.; Macías, L.; Vives, M. (2008). «Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008)». A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Otero, A.; Zunzunegui, M. A.; Béland F.; Rodríguez A.; García, M. J. (2006). «Relaciones sociales y envejecimiento saludable». *Documentos de trabajo* 9. Madrid: Fundación BBVA.

O'Shea, E. (2003). «La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes». *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias* 6 (febrero). Madrid: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.

Papalia, D.; Olds, S. (1997). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill.

Pearling, L. I. (1985). «Social structure and process of social support». A: Cohen, S.; Syme, S. L. *Social support and health*. New York: Academic Press.

Pérez-Díaz, V.; Rodríguez, J. C. (2007). *La generación de la transición: entre el trabajo y la jubilación*. Barcelona: Obra Social Fundació La Caixa (Colección Estudios Económicos 35).

Pfeil, U.; Arjan, R.; Zaphiris, P. (2009). «Age differences in online social networking. A study of user profiles and the social capital divide among teenagers and older adults in MySpace». *Computers in Human Behavior* 3 (25), pàg. 643-654.

Pujol, R.; Abellán, A. (coord.) (2006). *Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.

- Requejo, A. (2009). «La educación de "personas mayores" en el contexto europeo». A: Moreni, P. L.; Navarro, C. (coord.). *Perspectivas históricas de la educación de personas adultas* 1 (3). Universitat de Salamanca. <http://www.usal.es/efora/efora_03/articulos_efora_03/n3_01_requejo_osorio.pdf> [consultada el 10-I-2010].
- Reyes, T.; Triana, E.; Matos, N.; Acosta, J. R. (2003). «Salud en la Tercera Edad y calidad de vida». *Gerianet* 4 (1). <<http://www.redadultosmayores.com/>> [consultat el 4-XII-2004].
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores-IMSERSO.
- Saks, K.; Ene-Margit, T.; Annely, S. (2003). «Life-satisfaction among the aged estonians». Comunicació presentada al Congrés Internacional de Gerontologia i Geriatria. Barcelona.
- Sarason, I. G.; Sarason, B. R. (eds.) (1983). *Social support: theory, research and applications*. Martinus Nijhoff, Dordrecht: The Netherlands.
- Sarason, I. G.; Sarason, B. R.; Hacker, I.; Bashman, R. B. (1985). «Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender». *Journal of Personality and Personality and Social Psychology* 49, pàg. 469-480.
- Schwarzer, R.; Leppin, A. (1989). «Social support and health: a meta-analysis». *Psychology and Health* 3, pàg. 1-15.
- Solé, C.; Triadó, C.; Villar, F.; Riera, M. A.; Chamarro, A. (2005). «La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se extraen». *Revista de Ciencias de la Educación* 203, pàg. 453-465.
- Stevens, F. [et al.] (1999). «How ageing and social factors affect memory». *Age and Ageing* 28, pàg. 379-384.
- Tardy, C. H. (1985). «Social support Measurement». *American Journal of Community Psychology* 13, pàg. 187-202.
- Triadó, C.; Martínez, G.; Villar, F. (2000). «El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes». *Anuario de Psicología* 31 (2), pàg. 107-118.

Vega, J. L.; Buz, J.; Bueno, B. (2002). «Niveles de actividad y participación social en las personas mayores de 69 años». *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 45, pàg. 33-53.

Villanueva, J. D. (2001). «El aprendizaje de los adultos». *Medicina de familia (And)* 2, pàg. 165-171.

Vives, M.; Macías, L. (2004). «El apoyo social de los alumnos de la Universitat Oberta per a Majors». A: Orte, G.; Gambús, M. *Els Programes Universitaris per a Majors en la construcció de l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Walker, A. (ed.) (2005). *Understanding Quality of Life on old age. Growing older*. New York: Open University Press.

Wan, T. T. H.; Weissert, W. (1981). «Social Support Networks, Patient Status and Institutionalization». *Research on Aging* 3 (2), pàg. 240-256.

Williams, P.; Barclay, L.; Schmied, V. (2004). «Defining Social Support in Context: a necessary step in improving research, intervention, and practice». *Qualitative Health Research* 14 (7), pàg. 942-960.

Zamarron, M. D. (2006). «El bienestar subjetivo en la vejez». *Informes Portal Mayores* 52. Lecciones de Gerontología, II. Madrid: Portal Mayores-IMSERSO. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>> [Consultat el 16-VI-2008].

Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Doctora amb menció Europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears amb la tesi titulada "Els efectes del suport social en els alumnes dels Programes Universitaris per a Majors". Professora ajudant del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques d'aquesta mateixa Universitat.

Entre les seves principals línies d'investigació hi destaca la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida, especialment en persones majors. Ha fet una estada al Departament de Sociologia de la Universitat de Sheffield treballant en qualitat de vida a persones majors sota la supervisió del doctor Alan Walker

**LA MIRADA DE LA GENT GRAN
CAP AL SISTEMA EDUCATIU ACTUAL**

La mirada de la gent gran cap al sistema educatiu actual

Belén Pascual Barrio

Resum

Presentam les valoracions d'una activitat pràctica corresponent al pla formatiu del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors i concretament a l'assignatura *L'educació del segle XXI: claus per a la seva comprensió*. Aquesta assignatura pretén aportar els coneixements necessaris per entendre la funció i els factors que condicionen l'educació actual, com també valorar els reptes de futur. La matèria ofereix la possibilitat de pensar l'educació tenint en compte l'experiència d'uns alumnes que participen activament a la Universitat de Majors i que, a més a més, compten amb una àmplia experiència educativa, tant des del punt de vista de la formació que reberen en la seva infantesa i joventut, com des del punt de vista del seu itinerari professional i personal. L'experiència viscuda i la distància que poden establir a l'hora d'observar i valorar la realitat educativa permeten anar més enllà dels tòpics que solen envoltar les discussions sobre les problemàtiques educatives i que tendeixen cap a postures antagòniques, poc comprensives i a vegades irreconciliables. La participació dels alumnes al llarg de les sessions ha obert la possibilitat de comptar amb elements de reflexió sobre el tema que ens ocupa i redefinir activitats futures. L'experiència del diàleg a l'aula és una representació a petita escala del diàleg social que pot establir-se des de diferents àmbits i sectors i sobre assumptes que interessin a la ciutadania i sobre els quals són necessàries aportacions diverses. Les aules de gent gran són espais de participació i d'intercanvi de coneixement d'una rellevància extraordinària i, per tant, amb un potencial de reflexió que mostra les possibilitats de participació de les persones grans a tots els debats socials actuals, com és en aquest cas, el debat educatiu.

Resumen

Presentamos la valoración de una actividad práctica correspondiente al plan formativo del Diploma Senior de la Universitat Oberta per a Majors y concretamente a la asignatura: *La educación del siglo XXI: claves para su comprensión*. Esta asignatura pretende aportar los conocimientos necesarios para entender la función y los factores que condicionan la educación actual, así como valorar los retos de futuro. La materia ofrece la posibilidad de pensar la educación teniendo en cuenta la experiencia de unos alumnos que participan activamente en la Universidad de Mayores y que, además, cuentan con una amplia experiencia educativa, tanto desde el punto de vista de la formación que recibieron en su infancia y juventud, como desde el punto de vista de su itinerario profesional y personal. La experiencia vivida y la distancia que pueden establecer a la hora de observar y valorar la realidad educativa, permiten ir más allá de los tópicos que suelen rodear las discusiones sobre las problemáticas educativas y que tienden hacia posturas antagónicas, poco comprensivas y, a veces, irreconciliables. La participación del alumnado a lo largo de las sesiones ha abierto la posibilidad de contar con elementos de reflexión sobre el tema que nos ocupa y redefinir actividades futuras. La experiencia del diálogo en el aula es una representación a pequeña escala del diálogo social que puede establecerse desde

diferentes ámbitos y sectores y sobre asuntos que interesan a la ciudadanía y sobre los que son necesarias aportaciones diversas. Las aulas de mayores son espacios de participación e intercambio de conocimiento de una relevancia extraordinaria y, por tanto, con un potencial de reflexión que muestra las posibilidades de participación de los mayores en todos los debates sociales actuales, como es en este caso, el debate educativo.

1. Introducció

El pla formatiu del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors compta amb una assignatura denominada *L'educació del segle XXI: claus per a la seva comprensió*.¹ Aquesta assignatura pretén aportar els coneixements necessaris per entendre la funció de l'educació al segle XXI, conèixer els factors que la condicionen, com també valorar els reptes de futur. Consideram que l'educació, a més de ser una necessitat per al progrés, la cohesió i la justícia social, és un fenomen complex que es veu afectat pels canvis socials, econòmics i culturals que vivim actualment. La consecució de millores socials s'ha vist acompanyada de canvis en l'estructura i les dinàmiques socials, i han augmentat i s'han diversificat les necessitats educatives i socials. D'una banda, es generalitza la incertesa davant la rapidesa dels canvis i augmenta la vulnerabilitat de la infantesa i dels joves, com també la d'altres col·lectius amb dificultats. Però d'altra banda, es produeix un avanç dels drets democràtics de la societat. Un exemple n'és el sorgiment de nous models de família, la democratització de les relacions familiars i el reconeixement dels drets individuals, tant d'homes com de dones. Les relacions entre gèneres i intergeneracionals es tornen molt més flexibles i més poc jeràrquiques.

Consideram que el coneixement d'aquesta realitat complexa és una necessitat per a tota la ciutadania i, no solament això, consideram que la reflexió i les aportacions de tota la ciutadania poden tenir-se en compte a l'hora de fer propostes de millora. És des d'aquesta convicció que entenem que aquesta assignatura ofereix la possibilitat de pensar l'educació, analitzant les problemàtiques actuals i revisant els reptes de futur, sempre tenint en compte l'experiència d'uns alumnes que participen activament a la Universitat de Majors i que, a més a més, compten amb una àmplia experiència educativa, tant des del punt de vista de la seva trajectòria acadèmica com des del punt de vista de la seva vida laboral i personal.

¹ Durant el curs 2009-2010 aquesta assignatura s'ha realitzat entre febrer i març de 2010, amb una durada de vint hores distribuïdes en deu sessions de dues hores cada una. L'assignatura tracta tres aspectes del nostre sistema educatiu: l'evolució normativa, l'estructura i els indicadors educatius. Concretament, els objectius d'aquesta assignatura són: conèixer les principals característiques dels nostres sistemes educatius; comprendre els factors socials i culturals que condicionen l'activitat educativa actual; comprendre la incidència que tenen els fenòmens educatius en el desenvolupament social i cultural de les societats actuals; analitzar les problemàtiques i les necessitats del sistema educatiu; conèixer i debatre sobre aquestes problemàtiques i sobre les accions i estratègies per fer front a aquestes problemàtiques.

2. Les problemàtiques i els reptes de l'educació des de la perspectiva de la gent gran: una proposta participativa

Hem adoptat un enfocament social i comunicatiu, ja que s'adapta especialment a la pràctica educativa amb persones adultes. Des d'aquesta perspectiva, aquest tipus de pràctica permet la construcció conjunta del coneixement a través del treball interactiu i la comunicació entre els educands i els educadors. El diàleg és la clau d'aquesta estratègia col·laborativa; per tant, l'educador assumeix el paper de facilitador amb la intenció d'afavorir la interrelació i l'intercanvi de coneixements i opinions. L'aprenentatge dialògic implica l'assumpció d'un paper actiu per part de tots els participants, educadors i educands. Es tracta d'un diàleg igualitari en el qual tots els implicats tenen les mateixes capacitats per participar, ja que compten amb intel·ligència cultural, tenen capacitats de llenguatge i acció que poden ser desenvolupades a través de les seves interaccions (Freire 1997; Flecha 1997; Gadotti 2003; Mendes i Zamora 2004).

L'activitat s'ha plantejat amb una metodologia participativa, tot i amb les limitacions que imposa el temps i l'espai disponibles. La metodologia docent ha consistit en l'alternança de sessions expositives, la lectura de dades i textos relacionats amb la temàtica del curs i la participació dels alumnes en el debat i l'elaboració de la informació. L'intercanvi de coneixement i l'elaboració conjunta són la clau d'una activitat pensada per ampliar la capacitat d'anàlisi i la comprensió dels continguts del programa. Concretament, la proposta pràctica ha consistit en la reflexió i el debat sobre el sistema educatiu actual, d'acord amb l'experiència de cada un dels participants. L'activitat s'ha estructurat en quatre sessions pràctiques integrades al programa general de l'assignatura i distribuïdes entre les sessions expositives dels continguts teòrics de la matèria.

A la primera sessió de debat es va plantejar el tema de les problemàtiques educatives actuals i la qualitat educativa. Es varen recollir totes les aportacions del grup i es va elaborar un document que resumia les principals idees del debat. Algunes d'aquestes idees ens cridaren l'atenció i vàrem considerar que, d'alguna forma, justificaven la possibilitat d'aprofundir un poc més en les estratègies que ens podrien servir per plantejar propostes de millora del sistema actual.

A la segona sessió es va fer una devolució de les conclusions del debat de la primera sessió i es va proposar una activitat individual per realitzar fora de l'aula. L'exercici consistia en l'elaboració d'una redacció sobre la qüestió següent: «De què depèn, principalment, la qualitat educativa?» La proposta d'activitat consistia en una redacció breu en la qual comentassin, a partir dels seus coneixements i experiència, els problemes del sistema educatiu actual. Com a suport a l'activitat se'ls donà el resum d'idees del debat realitzat. Entre les afirmacions fetes, dues les vàrem fer servir textualment com a guia cap a la reflexió:

- En algun moment del debat algú havia dit: «La qualitat educativa és l'educació bona!» Al document de síntesi tornàvem a plantejar aquesta afirmació seguida de la pregunta següent: «Què entenem per educació bona?»
- Una altra expressió: «Professors i pares han d'anar junts.» Convertir aquesta afirmació en una interrogació ens oferia la possibilitat d'aprofundir més en les dificultats que impedeixen una col·laboració més propera entre els pares i els professors.

Les sessions varen coincidir cronològicament amb el debat sobre el pacte per la educació. Els mitjans de comunicació es varen fer ressò de les dificultats existents per poder arribar a un consens entre tots els agents socials implicats en aquest pacte. Amb la intenció d'entendre més bé aquestes dificultats per arribar a un acord entre les parts, a **la tercera sessió** es va plantejar una activitat de discussió en petits grups, representant cada grup els interessos de diferents actors en qüestió: alumnes, famílies, professors, equips directius i administració educativa. La feina ens permetia prendre consciència de les expectatives i les necessitats de cada una de les parts implicades treballant tres capacitats:

- Capacitat per posar-nos en el lloc dels altres
- Capacitat per integrar les diferents visions
- Capacitat per intuir possibles solucions

A partir de les conclusions extretes del treball en petits grups, vàrem estructurar els continguts més destacables d'acord amb les necessitats i des de la perspectiva de cada part.

A la quarta sessió es va fer una devolució final de les conclusions extretes a la sessió anterior. Aquesta sessió va servir per integrar els coneixements elaborats pel grup amb els continguts teòrics que donaven suport al programa de l'assignatura.

Després de les sessions de discussió i l'elaboració conjunta de la informació, consideram que són moltes les idees aportades, moltes les opinions divergents sobre els temes tractats i també molts els acords als quals s'ha arribat. La discussió ens orientà en un primer moment a la definició de les problemàtiques educatives actuals. Posteriorment, a mesura que «fèiem el tema més nostre», elaboràrem una definició conjunta del concepte de qualitat educativa. Als apartats següents sintetitzarem els resultats d'aquesta pràctica i aportarem algunes de les reflexions individuals realitzades als exercicis de curs² i les conclusions grupals de les activitats pràctiques realitzades a l'aula.

² Els participants realitzaren un exercici individual sobre el tema. S'hi varen fer moltes aportacions però, tot i l'interès de totes, en aquest treball només n'hem recollides algunes. Les presentam textualment, per tant, algunes en castellà i unes altres en català.

3. Una primera discussió sobre les problemàtiques educatives

La discussió de les dues primeres sessions va centrar-se al voltant de dos temes: les problemàtiques educatives actuals i la qualitat educativa. Quant a les problemàtiques educatives, les idees que resumeixen les principals aportacions del grup són les següents: la influència actual de les tecnologies de la informació i la comunicació, la necessitat de potenciar la comprensió dels alumnes, l'adaptació a la diversitat i les necessitats dels alumnes, la ràtio professors/alumnes, l'opcionalitat de l'assignatura de religió, la dificultat per assolir contingut elemental, la participació de personal no docent al Consell Escolar i les diferències entre l'escola pública i la concertada religiosa.

Un dels primers arguments que durant el primer dia va ser la clau per entendre les problemàtiques actuals va ser la relació existent entre els problemes educatius i els problemes socials, o el que és el mateix, entre la realitat social i la realitat educativa. Els sistemes educatius canvien d'acord amb els canvis socials, per tant, de forma molt ràpida en els temps actuals. La citació textual següent il·lustra clarament aquesta idea, que sosté que els canvis educatius s'acompanyen de canvis socials.

En la meua opinió, algun problema del sistema educatiu actual és gairebé el mateix de sempre. Intentaré explicar-me: els diferents sistemes educatius són producte de l'observació dels diferents índex de resultats en un moment determinat, a partir dels quals es treuen unes conclusions. Sobre aquestes conclusions es dissenyen els plans educatius que, després d'elaborats, han de ser aprovats i aplicats. De tot això resulta que, en el moment en què es comencen a aplicar, ja no es corresponen a la realitat, perquè aquesta ha canviat. La societat està en constant canvi i les seves necessitats en matèria educativa canvien amb ella (cal remarcar que, avui en dia, aquests canvis es van accelerant cada vegada més).

En relació amb l'entorn socioeconòmic actual, es considera que aquest influeix inevitablement en el nostre context educatiu. Actualment la falta de feina crea baixes expectatives laborals i aquest canvi pot provocar efectes no esperats. Precisament, el fracàs escolar i altres problemàtiques educatives són atribuïdes a una realitat social i econòmica que canvia vertiginosament i que tendeix a modificar les dinàmiques familiars i crea limitacions com ara la falta de temps o l'ús a vegades abusiu de la televisió.

La societat actual ha entrat dins d'una dinàmica de difícil solució. Les economies domèstiques són fràgils. Un sou no sol bastar a les famílies, la qual cosa obliga els dos progenitors a treballar fora de casa. Es vulgui o no, això produeix un esgotament tant físic com psíquic que resta atenció cap als fills.

La sociedad ha cambiado tanto que la mayoría de los niños comen en el colegio, sólo ven a sus padres (si los ven) un ratito por la noche (viendo la TV), sin mucha comunicación entre ellos. Los padres estamos para educar, dicen los educadores. ¿Cuándo?, decimos nosotros. En los colegios se abandonó la disciplina, la teoría de la enseñanza choca con la realidad.

[...] creo que la desatención y la falta de ayuda académica de los padres a los niños por razones laborales de los primeros es manifiesta; los niños que primero se han criado de forma más desahogada, no han aprendido a valorar el esfuerzo que supone llegar a un determinado nivel económico (sus padres no se lo han hecho ver); la influencia de los programas de televisión basura que aparentan llegar a lo máximo sin

ninguna preparaci3n, o los grandes jugadores de f3tbol que con su nivel social est3n creando en los ni1os ilusiones de grandeza y poco esfuerzo.

L'increment de la poblaci3n en edat escolar ha provocat la massificaci3 d'alguns centres educatius als nivells obligatoris. Aquest aspecte, juntament amb la diversitat dels alumnes, s3n alguns dels temes m3s debatuts. Consideren que la diversitat cultural (de costums, religió i llengües) implica, d'una banda, una font de riquesa per3, d'una altra, una problemàtica, ja que l'atenci3 a la diversitat requereix m3s recursos i diferents.

Creo que hay problemas de masificaci3n en las escuelas y que el ratio profesor-alumno es muy elevado, se deduce por tanto que disminuye el control que el profesor pueda tener sobre los ni1os. Debido al fen3meno de la inmigraci3n, grandes diferencias de niveles que no creo que favorezcan a que el resultado de las clases sea bueno [...].

El grup planteja un seguit de qüestions que obren la reflexió a factors diferents tot i que tots influents en la nostra realitat educativa. Qui és el culpable d'haver arribat a aquesta situaci3? Els pares? Els alumnes? Els professors? L'Estat? Aquesta mirada àmplia comença a fer-nos entendre que l'explicaci3 no és una ni és senzilla. D'alguna manera entenem que tots s3n responsables d'una manera o una altra. Bàsicament, les discussions es concentren en els tres agents implicats: alumnes, professors i famílies. En relació amb els *alumnes*, els participants destaquen com a problemes actuals el poc esforç, la falta de disciplina i, en general, els valors dels joves. El model de relació entre els alumnes i els professors és considerat com un dels factors que expliquen les dificultats referides al baix rendiment dels alumnes. Encara així, hi ha bastants veus discordants, com la següent:

[...] En muchas cosas no estoy de acuerdo con mis compa1eros de clase, ejemplo: que haya que llamar de usted para demostrarles respeto. En mi opini3n el respeto va m3s all3 del usted. Tambi3n tuve la impresi3n [referint-se al debat de classe] que nosotros hemos sido una maravilla y los j3venes son un desastre; tampoco estoy de acuerdo en esto. Yo apuesto por la juventud y las nuevas tecnologías y el profesorado.

La responsabilitat de la *família* és una de les qüestions m3s discutides al llarg de les sessions de treball. L'experiència m3s propera, les relacions familiars pr3pies i les problemàtiques d'abans i les actuals centren bastant dels temps de la conversa en el grup. En relació amb les famílies es destaca la falta d'implicaci3 dels pares, la poca participaci3 a les associacions de mares i pares, les baixes expectatives educatives sobre els seus fills i la influència de l'economia sobre les famílies. Igualment, les reflexions sobre el sentit de la llibertat, l'autoritat i la disciplina per part dels pares s3n molt interessants.

Pero antes, mi propia familia ya me había dado las pautas para que todo eso no me fuera difícil. Había tanta disciplina en casa como en el colegio. Mi padre, en la cartilla de notas, lo primero que miraba era: conducta y urbanidad, y después el resto de las asignaturas. Ese respaldo de la familia al colegio es lo que ahora creo que falla ¿Quizás padres que han recibido estricta disciplina no quieren lo mismo para sus hijos?

La falta de disciplina i l'excessiva tolerància per part d'algunes famílies es considera com una reacci3 a l'estricta disciplina rebuda en la pr3pia infantesa. D'altra banda,

també es valoren els elements positius que acompanyen una pràctica educativa no autoritària.

Pienso que ahora la educación es menos represiva y eso es bueno, siempre y cuando no se nos escape de las manos.

Una de les causes que sovint es relacionen amb el fracàs escolar i les problemàtiques educatives actuals és la incorporació de la dona al mercat laboral. Malgrat aquesta opinió, alguns participants consideren que el canvi en el rol de les mares no és la causa de les problemàtiques educatives. Textualment diu així una participant:

Últimamente escucho que mucha culpa del fracaso escolar la tiene la incorporación de la mujer al mundo laboral (como si los hijos solo fueran de nosotras, no de los padres). Estoy en total desacuerdo, las mujeres de mi generación ya estábamos incorporadas al mundo laboral y compaginábamos perfectamente el trabajo fuera de casa, la casa, sentarnos con nuestros hijos a hacer deberes y acudir al colegio cuando había algún problema.

En relació amb els *professors*, hi ha dos aspectes destacats a la majoria de les intervencions. En primer lloc, la falta d'autoritat, el tracte entre els alumnes i els professors (el *companyonatge*, la poca disciplina, una relació tendent al tracte de tu a tu), la falta de respecte, la situació d'indefensió davant alguns pares, alumnes i administració. En segon lloc, la dificultat que implica una professió orientada al tracte amb persones i, per tant, la necessitat d'un cert grau de predisposició a l'ajuda i al treball amb persones, més enllà de les condicions laborals avantatjoses per l'estabilitat o unes altres condicions laborals favorables.

Com a possibles elements problemàtics, la desmotivació o la falta de preparació dels professors, la falta d'autoritat o la falta de disciplina escolar. La desmotivació es relaciona amb la dificultat d'adaptació a canvis constants, a nous mètodes pedagògics i reformes, sense caure en el conformisme i la rutina. Es considera un error mantenir vincles amistosos amb els alumnes i no considerar els límits necessaris per poder mantenir una relació fluida però amb el respecte necessari entre l'alumne i el professor.

L'autoritat del professor no s'imposa, es guanya; els al·lots són molt vius, saben molt bé fins on poden arribar. Un mestre ha de saber motivar els seus alumnes; quan un mestre surt de la Universitat està preparat acadèmicament però li manca l'experiència [...].

No sé cuál es la solución. La preparación de los profesores no creo que sea mala. Es de suponer que habrá buenos y malos como en mi tiempo. La inversión en buenos reciclajes es imprescindible.

En relació amb el currículum, els participants destaquen com a dificultat per a l'aprenentatge que aquest no sigui atractiu i que a vegades sigui massa exigent. Es considera que a l'aprenentatge té massa valor el llibre de text i que a vegades hi ha una influència excessiva per part de les empreses editorials.

4. Una definició conjunta de qualitat educativa

Una vegada hem agrupat les qüestions problemàtiques ens plantejam les mesures que podrien ajudar a millorar la qualitat del nostre sistema educatiu. Però, què entenem per una educació de qualitat? En principi, el grup la defineix com a l'educació basada en coneixements i valors integrals que ajuden a madurar i donar equilibri a una persona, per tant, destaquen que l'educació no és exclusivament transmissió de coneixement. Consideren que l'educació ha de recollir els principis bàsics de preparació per a la vida i formar les persones de forma integral per enfrontar la vida i per tenir capacitat d'adaptació, aprendre a aprendre i, a més a més, en un entorn atractiu. Algunes de les idees en relació amb la qualitat educativa són les següents:

- Formació com a persones en primer terme i formació acadèmica a continuació.
- Potenciar les qualitats.
- Relació permanent entre els alumnes, els pares, els professors i l'Administració.

Hem triat una de les definicions de qualitat educativa que fa referència als valors i a la importància del respecte en les relacions educatives:

Qualitat educativa és... una millor preparació bàsica: des de la infantesa als nins se'ls ha d'ensenyar a tenir i respectar uns valors ètics, morals, espirituals... Han de ser capaços de pensar per ells mateixos. Han de tenir respecte pels altres —no en raó de la seva superioritat, edat o experiència sinó simplement perquè són éssers humans. D'aquesta manera no faria falta fer ús d'una suposada autoritat.

La qualitat educativa es relaciona amb un sistema educatiu estructurat, amb objectius clars i mitjans adients. A més, s'insisteix en la necessitat de la «implicació decidida per part de tota la societat que, en definitiva, és la que n'obtindrà beneficis o perjudicis». Els participants consideren que és necessari arribar a aquest consens que eviti els canvis constants i a vegades dificultosos. Juntament amb l'estabilitat, es creu que el sistema ha de ser capaç d'actualitzar-se constantment; afirmen que les lleis han de dissenyar-se i aplicar-se d'acord amb els canvis i evitar que quan s'apliquen ja estiguin desfasades. També destaquen la necessitat de prendre com a model els sistemes educatius que més bons resultats mostren, com també aplicar metodologies innovadores i aquelles l'experiència de les quals ha estat més satisfactòria.

La falta de mitjans materials i econòmics és un dels problemes més destacats. Tot i la necessitat d'invertir en noves tecnologies, també es considera fonamental invertir en recursos per a la millora dels hàbits d'estudi a través de la pràctica de la lectura. És important posar en marxa aquestes mesures des de l'educació infantil i primària, per tal que els alumnes arribin a l'ensenyament obligatori amb el nivell suficient. També es comenta la necessitat de comptar amb un ventall de possibilitats d'elecció que faciliti l'adaptació a la diversitat d'alumnes: diferents cultures de procedència, diferents idiomes, diferents nivells i ritmes d'aprenentatge, necessitats educatives especials.

A pesar de totes les tecnologies que hi pugui haver, sempre farà falta saber llegir i escriure i aquest és un gran repte; la majoria dels joves que conec no en saben, i per això no els agrada. Això ens duu al fet que quan han de posar els colzes sobre la taula no assimilen bé el que llegeixen.

En relació amb la massificació i la diversitat als centres educatius, es considera imprescindible comptar amb el pressupost suficient per tal de dotar les aules i comptar amb els professors necessaris. Dels equips directius dels centres educatius s'espera eficiència, neutralitat, bona gestió econòmica i acadèmica, seguiment de la tasca docent, com també compromís per il·lusionar la comunitat educativa. Els requeriments que els alumnes i les famílies farien als directors serien:

- Alumnes: direcció eficient, neutralitat, ampliar horaris de les activitats extraescolars.
- Pares i mares: bona gestió econòmica i docent, seguiment de la tasca dels professors, compromís per il·lusionar la comunitat educativa.

El concepte de «bona educació» es lliga a la idea de «bona professió» i de reciclatge professional. El professor bo és aquell capaç de transmetre coneixements però també capaç de motivar i de crear un clima de respecte i confiança.

[...] la figura del docent és fonamental. Un mestre, professor, pedagog o especialista en orientació escolar l'ha d'ajudar a escollir la branca que més s'avingui amb els seus desitjos i aptituds, i sobretot fer-los comprendre la necessitat d'una bona formació amb vista a un futur laboral [...]. Un altre vessant de l'educació consisteix, més que en l'adquisició d'uns determinats coneixements, a preparar-los per als constants canvis, ensenyar-los a adaptar-se a noves situacions. Recents estudis valoren més aquesta capacitat que el coneixement en si.

Dels professors, els pares esperen motivació i capacitat suficient, que imparteixin coneixements pràctics i que transmetin disciplina ben entesa. Per part seva, els alumnes esperen dels seus professors:

- Explicació clara de la matèria
- Suficient metodologia docent
- Bon tracte, que sigui participatiu, engrescador i motivador
- Responsabilitat, autoritat controlada/respectuosa
- Formació i reciclatge
- Respects, treball en equip, puntualitat, pedagogia, motivació

Dels alumnes, els professors esperen obediència i respecte. En relació amb l'autoritat del professor, es valora la necessitat de crear entorns de respecte i confiança, tot i potenciant l'autoritat dels primers. Es considera necessari tornar a la relació respectuosa alumne-professor potenciant les diferències existents entre els dos col·lectius i fugint de la relació d'igual a igual. Es relaciona la disciplina amb aquesta distància necessària i el respecte en general.

Quant a la relació entre els pares i els professors, s'insisteix en la necessitat de la confiança i el respecte mutu i, principalment, en la necessitat que els pares escoltin els professors, ja que, en definitiva i d'acord amb paraules textuais, el professor «és qui passa més hores amb el seu fill i sap el que fa i el que no fa». Els professors esperen de les famílies col·laboració i interès en l'evolució dels seus fills, malgrat que no interfereixin en aspectes sobre els quals tenen la responsabilitat els professors, com són els continguts de les classes.

Els participants creuen que els alumnes esperen dels seus pares implicació, participació i col·laboració. Mentrestant, els pares esperen dels seus fills bon comportament, interès, il·lusió i equilibri entre el temps d'oci i el de treball. S'afirma que és convenient que determinades famílies deixin de considerar l'escola com «el lloc on aparcar els fills».

Insisteixen en la rellevància del paper dels pares com a educadors, en primera línia; la tendresa, l'amor, l'afecte, «l'escalfor d'un sentiment arrelat» són elements que consideren que només des de la família es poden garantir. En relació amb l'educació familiar, destaquen la necessitat creixent de formar els pares per tal d'enfrontar amb estratègies adients les necessitats educatives dels seus fills. Els cursos de competències parentals són considerats com una de les eines idònies per donar resposta a necessitats cada vegada més complexes. Per part seva, l'educació infantil és vista com un requeriment per part de les famílies a l'hora de fer compatibles els horaris laborals i familiars i també d'ensenyar continguts que d'altra forma a casa no es poden ensenyar.

L'enfortiment dels vincles entre els centres educatius i la comunitat és un repte imprescindible. L'assumpció d'estratègies compartides des d'una visió comunitària pot permetre millorar els nivells de rendiment dels estudiants i atendre les seves necessitats personals i familiars. Les necessitats educatives no poden ser resoltes exclusivament des de les administracions educatives. La participació i la corresponsabilitat dels centres educatius i de les famílies requereixen instruments de formació i espais de debat conjunt, juntament amb altres agents participants de la comunitat educativa. Més formació i més coordinació amb els pares i l'entorn familiar dels alumnes poden afavorir la consecució d'aquests objectius.

Conclusions i propostes

Fent balanç de l'activitat realitzada hem de destacar la col·laboració per part dels alumnes, com també les seves valoracions i el resultat obtingut. En principi, la resposta del grup a la proposta d'activitat és respectuosa malgrat que la temàtica es considera allunyada de la seva realitat, d'acord amb bona part de les seves declaracions.

Mi opinión sobre los problemas educativos actuales es un poco contradictoria. Lo primero que quiero decir es que el tema de la educación en el siglo XXI me queda un poco lejano, mis hijos son mayores y hace mucho que pasé por estos temas y mis nietos son muy pequeños y no creo que sus padres me permitan influir sobre este tema. Todo esto condiciona mi opinión actual sobre el tema.

No sé si la opinión de una persona como yo, que no ha tenido hijos, pueda tener mucho valor pero voy a tratar de expresarla desde mi capacidad. Para eso tengo que remontarme a mi propia educación y juzgar si fue buena o mala para compararla con la de ahora.

Els meus fills ja fa massa estona que acabaren els estudis per poder opinar de l'escola d'avui, la meua experiència em diu que cada època té la seva problemàtica ni millor ni pitjor, simplement la que li pertoca en el moment que viu.

De fet, al qüestionari d'avaluació, tot i les valoracions satisfactòries, algunes de les observacions finals apunten la dificultat que per a alguns té el fet d'abordar una problemàtica que consideren aliena. Els motius que atribueixen al fet de no considerar necessària aquesta assignatura:

- Ells ja no viuen a prop la realitat educativa actual.
- Ells varen viure una realitat que res té a veure amb l'actual.
- Les seves opinions no són necessàries.
- Hi ha matèries més interessants i necessàries per a ells.

Encara així, la participació del grup és òptima i a mesura que avancen les sessions les converses ens aporten més elements de discussió que des del nostre punt de vista tenen un valor innegable pel fet que aporten la visió d'una part dels actors participants a la realitat educativa actual.

És cert que el contacte de la major part de les persones grans amb el sistema educatiu es dona de forma indirecta. Tot i així, l'experiència viscuda i la distància que poden establir a l'hora d'observar i valorar la realitat educativa permeten pensar els problemes més enllà dels tòpics que solen envoltar les discussions sobre les problemàtiques educatives. Habitualment aquestes s'inicien i acaben en postures dicotòmiques entre pares i professors, entre adults i joves, entre professionals i no professionals; discussions sovint tendents cap a antagonismes difícils de superar, ja que destaquen aspectes excloents que deriven en postures poc comprensives i, a vegades, irreconciliables. L'adopció d'una visió sociològica que fugi d'aquests prejudicis permet pensar que el consens educatiu és possible. D'acord amb Comellas (2009, 26), «les mirades que no siguin sistèmiques i que vulguin passar la responsabilitat (per no dir la culpa) a un sector social, el professorat, només generaran més desinformació, interpretacions falses i recels i estan condemnades a no ser útils per millorar aquesta educació que defensam.» És evident que ni els alumnes d'ara són pitjors que els d'abans ni tampoc els professors són els únics responsables de les problemàtiques existents. També és evident que mai una solució no derivarà de l'enfrontament entre visions ideològiques oposades. En tot cas, es podrà pensar en la millora des del reconeixement dels problemes i els objectius compartits.

Només des d'una mirada àmplia i objectiva és possible comprendre l'assoliment dels canvis i de les noves tendències als entorns educatius, escolars i familiars. En aquest sentit, el

paper educatiu de les famílies i dels professors d'avui no és el mateix que el de les famílies i els professors d'abans; el context tampoc no és el mateix. Des de l'anàlisi sistemàtica i estructurada de la realitat social, dels sistemes educatius, de les famílies i dels alumnes, evitarem adoptar visions reduccionistes que sobredimensionin els efectes negatius que una de les parts pot provocar sobre el conjunt o propostes teòriques que atribueixin a les famílies o als centres educatius una responsabilitat que no poden assumir les unes sense les altres i sense comptar amb la comunitat.

Per part dels participants a la nostra activitat de diàleg i recerca, l'acceptació inicial de dificultats a l'hora de fer balanç sobre els sistemes educatius actuals ja va ser un primer reconeixement de la complexitat inherent al fet educatiu. Al llarg de la pràctica hem pogut ampliar la nostra visió comprensiva de la realitat educativa actual, una realitat que no és ni més bona ni més dolenta que dècades enrere, sinó, inevitablement, diferent.

L'experiència del diàleg a l'aula ha representat a petita escala el diàleg social que pot establir-se entre diferents àmbits i sectors i sobre assumptes que interessin a la ciutadania. Concretament, en relació amb l'educació, els participants han pogut fer aportacions molt acurades i una anàlisi àmplia i estructurada, atesa l'experiència amb què compten i la distància amb què poden analitzar-les.

A la pràctica d'enguany hem treballat les problemàtiques educatives actuals des d'una perspectiva sociològica. Per a propers cursos considerem necessari introduir la perspectiva històrica i desenvolupar l'apartat de continguts d'història de l'educació i polítiques educatives. Es tractaria d'una proposta de treball sobre l'educació d'ahir i l'educació d'avui a partir de les experiències educatives pròpies i l'intercanvi entre els mateixos participants. La complementarietat de les sessions teòriques i pràctiques ens permetria aprofundir en l'experiència educativa dels participants i adoptar una visió sociohistòrica que englobàs tres generacions: les trajectòries educatives pròpies, les dels seus fills i les dels seus néts. Aquesta combinació de la teoria i la pràctica ens permetria assolir amb més profunditat els continguts de l'assignatura, com també entendre la història des de la reflexió sobre l'experiència personal i familiar dels participants.

5. Agraïments

El nostre agraïment als alumnes del diploma sènior de la Universitat Oberta de Majors del curs 2009-2010, per la seva col·laboració i els bons moments compartits a classe

Referències bibliogràfiques

Comellas, M. J. (2009). *Família i escola: compartir l'educació*. Barcelona: Graó.

Flecha, R. (1997). *Compartiendo palabras. El aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo*. Barcelona: El Roure.

Freire, P. (1997). *A la sombra de este árbol*. Barcelona: El Roure.

Gadotti, M. (2003). «La pedagogía de Paulo Freire y el proceso de democratización en el Brasil. Algunos aspectos de su teoría, de su método y de su praxis». Extret el 3 de maig de 2010 de <<http://www.paulofreire.org>>.

Méndez, M. J.; Zamora, E. (2004). «Enfoque comunicativo en educación de adultos». Comunicació presentada al Congrés Estatal d'Educadors i Educadores Socials, setembre-octubre, Santiago de Compostel·la.

Requejo, A. (2003). *Educación permanente y educación de adultos: intervención*

Autora

BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma 1968. Licenciada en Ciències Polítiques i Sociologia (Universitat Complutense de Madrid) i doctora en Ciències de l'Educació (Universitat de les Illes Balears). Professora de la Universitat de les Illes Balears al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgrau en formació de formadors per a la inserció dels joves (UIB). Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), en els darrers cinc anys ha participat a diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar. Participa en l'elaboració de l'*Anuari de l'educació de les Illes Balears 2008* (Fundació Guillem Cifre) i a l'*Informe sobre educació a les Illes Balears* de la Memòria del Consell Econòmic i Social sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears. Actualment és vicedegana dels estudis d'Educació Social a la Facultat d'Educació de la UIB.

**RELACIONS INTERGENERACIONALS
A LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS:
TRES EXEMPLES D'EXPERIÈNCIES**

Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències

Liberto Macías González

Pere Alzina Seguí

Gemma Tur Ferrer

Resum

Aquest article és una aproximació al moviment intergeneracional que es produeix d'una manera molt significativa en els àmbits de treball amb persones grans. A la primera part de l'article s'exposa el que entenem per relacions intergeneracionals i activitats o programes intergeneracionals, per després fer una ullada als orígens d'aquest tipus de programes i a la seva evolució, des que varen aparèixer els anys seixanta fins als nostres dies. A continuació i a partir d'una cerca i revisió dels programes que es realitzen a Espanya, s'exposen els diferents tipus d'activitats intergeneracionals que s'han realitzat o que estan actualment en marxa, agrupades per característiques similars, tant dels col·lectius que hi participen com de les activitats que es fan.

A la segona part de l'article s'exposen les experiències intergeneracionals que s'han dut a terme a la Universitat Oberta per a Majors (UOM) en els diferents programes que estan en marxa a les diferents illes de l'arxipèlag balear. A Mallorca s'ha realitzat el projecte *Quan jo era petit!*, en el qual han participat alumnes de la UOM i tres escoles de primària. A Menorca s'han realitzat diverses experiències sota el nom de *Junts aprenem més i millor* amb els alumnes de la UOM i alumnes de primària, secundària i universitaris. I a Eivissa han dut a terme per primera vegada aquesta activitat, en la qual els alumnes de la UOM han participat amb els alumnes d'una escola de primària.

Resumen

Este artículo es una aproximación al movimiento intergeneracional que se está produciendo de una manera muy significativa en los ámbitos de trabajo con personas mayores. En la primera parte del artículo se expone lo que entendemos por relaciones intergeneracionales y actividades o programas intergeneracionales, para después hacer una mirada a los orígenes de este tipo de programas y a su evolución, desde que aparecieron en los años sesenta hasta nuestros días. A continuación y a partir de una búsqueda y revisión de los programas que se están realizando en España, se exponen los diferentes tipos de actividades intergeneracionales que se han realizado o que están actualmente en marcha, agrupadas por características similares, tanto de los colectivos que participan como de las actividades que realizan.

En la segunda parte del artículo se exponen las experiencias intergeneracionales que se han realizado en la Universitat Oberta per a Majors (UOM) en los diferentes programas que están en marcha en las diferentes islas del archipiélago balear. En Mallorca se ha realizado el proyecto *Quan jo era petit!!*, en el que han participado alumnos de la UOM i tres escuelas de primaria. En Menorca se han realizado varias experiencias bajo el nombre de *Junts aprenem més i millor* con los alumnos de la UOM y alumnos de primaria, secundaria y universitarios. Y en Eivissa han realizado por primera vez esta actividad en las que los alumnos de la UOM han participado con los alumnos de una escuela de primaria.

1. Els programes intergeneracionals: què volem dir quan ens referim a relacions intergeneracionals

Les institucions i/o entitats que treballen amb els col·lectius de persones grans prioritzen cada vegada més la realització d'activitats en les quals es faci interaccionar i participar diferents generacions no consecutives, és a dir, intenten que les cohorts estiguin ben separades en el temps. Aquest fet s'ha tornat tan quotidià que el nombre d'estudis, investigacions, informes i projectes relacionats amb aquest tema s'ha anat incrementant, i dóna una cobertura molt significativa a un percentatge molt gran i divers de col·lectius (infants, joves, discapacitats, adolescents amb mesures judicials, persones amb privació de llibertat, etc.) que interactuen d'una manera normalitzada amb les persones grans.

En aquest apartat volem donar una visió d'allò que s'entén per programa intergeneracional i quina ha estat la seva evolució a Espanya i a les Balears. Com exposen Newman i Sánchez (2007: 41), es pot dir que el concepte de *relació intergeneracional* fa referència, d'una manera genèrica, a qualsevol interacció que es produeix entre persones o grups pertanyents a distintes generacions. Els autors destaquen el fet que per aconseguir que es produeixin aquestes relacions «no és suficients *estar junts*, l'important és *fer i fer-se junts*, i que aquest fer vagi més enllà de la simple interacció i passi a la relació» (Newman i Sánchez, 2007: 42).

Aquestes relacions intergeneracionals es poden definir, segons els autors anteriors, com totes aquelles relacions, que poden ser de tres tipus diferents: de consens, de cooperació o de conflicte, en les quals, siguin de la modalitat que siguin, s'han d'implicar dues o més generacions, o grups generacionals.

D'aquestes relacions establertes pels respectius col·lectius, com hem assenyalat anteriorment, que podem identificar com a generacions o grups generacionals, es formen i desenvolupen els programes intergeneracionals. Les definicions d'aquest concepte són molt àmplies, encara que els diversos autors el defineixen de maneres molt semblants. Una autora nord-americana, Sally Newman, defineix els programes intergeneracionals com «*aquelles activitats que augmenten la cooperació i l'intercanvi entre dues generacions qualssevol*» (Sáez, 2002: 107-108).

Altres autors, que varen participar en una monografia sobre els programes intergeneracionals (Hattan-Yeo i Ohsako, 2001), defineixen el concepte així: «*els programes intergeneracionals són vehicles per a l'intercanvi determinat i continuat de recursos i aprenentatge entre les generacions més velles i més joves*».

Com podem observar, l'essència del contingut és bàsicament la mateixa, per tant, hem de tenir clar que quan ens referim a activitats o programes intergeneracionals el que estam fent és posar en contacte dues generacions diferents, amb la finalitat d'enriquir aquesta

relació d'aprenentatge amb l'experiència viscuda dels més grans i la necessitat dels més joves d'experimentar coses noves.

El monogràfic de la UNESCO (2001) ens proposa una sèrie de característiques que, segons ells, han de ser les essencials perquè un programa intergeneracional aconseguixi l'èxit. Seguidament descrivim les set característiques que es varen adoptar a Dortmund el 1999:

- a) Que demostrï beneficis mutus per als participants.
- b) Que estableixi nous papers socials i/o noves perspectives per als participants joves i vells.
- c) Que pugui involucrar múltiples generacions. Ha d'incloure almenys dues generacions no adjacents i sense llaços familiars.
- d) Que promogui el coneixement augmentat la comprensió entre les generacions més joves i més velles i el creixement de l'autoestima per a ambdues generacions.
- e) Que s'adreci a problemes socials i polítiques apropiades per a aquelles generacions involucrades.
- f) Que inclogui els elements d'una bona planificació del programa.
- g) Que es desenvolupin relacions intergeneracionals.

Com podem observar seguidament, els autors Newman i Sánchez (2007: 39) ens exposen uns trets molt similars als que ja varen aparèixer al monogràfic de la UNESCO, ells expliquen que, encara que hi hagi moltes definicions, hi ha tres elements que es poden considerar els trets que els programes intergeneracionals tenen en comú o com a elements coincidents. Aquests elements en comú són:

- a) En qualsevol programa intergeneracional hi participen persones de diferents generacions.
- b) La participació en un programa intergeneracional implica activitats dirigides a assolir uns objectius beneficiosos per a totes aquestes persones.
- c) Gràcies als programes intergeneracionals, els participants mantenen relacions d'intercanvi entre ells.

Però, com varen aparèixer els programes que intentaven facilitar les relacions entre diferents generacions? Segons Newman i Sánchez (2007), els primers programes intergeneracionals varen aparèixer en la dècada dels anys seixanta als Estats Units pel gran distanciament que hi havia entre les distintes generacions, va arribar un moment en què la separació geogràfica dels familiars joves i grans deguda als canvis de ciutat per motius laborals estava fent que els membres de la mateixa família s'anassin distanciament cada vegada més i, per tant, aquest fet va donar pas a l'aparició d'aspectes negatius i a la formació d'estereotips i mites entre els joves i les persones grans, i es va produir una pèrdua d'interacció entre aquestes dues generacions, un aïllament de les persones grans i, per tant, una percepció negativa dels diferents col·lectius.

Més endavant, cap als anys noranta, també als Estats Units i al Canadà, es varen desenvolupar programes intergeneracionals amb una finalitat específica, es varen plantejar l'objectiu d'abordar problemes socials relacionats amb les necessitats culturals, socials i econòmiques de diversos col·lectius i entorns. En aquests moments es varen ocupar d'intentar pal·liar problemes que afectaven aquestes dues poblacions més vulnerables, joves i persones grans, com a exemples podem destacar la baixa autoestima, l'abús de les drogues i de l'alcohol, els baixos resultats escolars, l'aïllament, la falta de sistemes de suport adequats, la desocupació i la desconexió amb la família i amb la societat.

A final de la dècada dels noranta, els programes intergeneracionals comencen a desenvolupar-se amb força a Europa. Apareixen com a resposta a problemàtiques com ara la difícil integració de les persones immigrants, en el cas d'Holanda, les qüestions polítiques relacionades amb la inclusió i els nous papers de la persona gran, al Regne Unit, o la percepció d'una certa crisi en els models de solidaritat familiar tradicionals i l'interès per impulsar l'envelliment actiu, en el cas d'Espanya.

2. Els programes intergeneracionals a Espanya

Segons els criteris que varen seguir els autors Sánchez i Díaz (2005) per poder classificar els diferents programes intergeneracionals que es varen iniciar a Espanya, aquests es poden classificar en quatre tipus:

1. Els adults grans fan de tutors i/o mentors als nins i als joves, per tal de donar suport i orientar les generacions més joves.
2. Els nins i els joves interaccionen amb les persones grans, els fan visites, acompanyaments i realitzen tasques que els grans no poden fer en un moment determinat.
3. Les persones grans col·laboren amb els nins i els joves per tal de desenvolupar activitats que tenen un benefici per a la comunitat.
4. Les persones grans, els joves i els nins participen junts en activitats informals de qualsevol àmbit, és a dir, d'aprenentatge, d'oci, d'esport, entre altres.

Altres autors han fet altres classificacions basant-se en altres models, MacCallum *et. al.* (2006) exposa quatre tipus de pràctiques intergeneracionals segons els diversos nivells d'interacció entre els participants:

- «Nivell 1 (*juxtaposició*): diferents grups generacionals comparteixen un local i mantenen contactes esporàdics; s'intenta, d'una banda, que els grups implicats percebin que es troben en un entorn segur i, de l'altra, que es vagi donant lloc a un acostament i col·laboració entre ells.
- Nivell 2 (*intersecció*): els participants comencen a interactuar; ja no sols coincideixen en un lloc, sinó que duen a terme alguna activitat conjuntament. El nivell d'interacció

encara és baix i cada participant continua tenint com a referent el seu propi grup generacional. Les visites de nins i nines o joves a residències de persones grans són un exemple d'un programa d'aquest tipus: és habitual que aquesta activitat no suposi que nins, joves i grans deixin de veure's, per damunt de tot, com a membres de les seves respectives generacions.

- Nivell 3 (*agrupament*): nins, joves i grans s'integren en grups (o en parelles) de nova creació per treballar conjuntament en la realització d'un programa intergeneracional. En aquest nivell, la innovació és evident i la interacció, continuada durant el període de temps que dura el programa. Els programes intergeneracionals en els quals persones grans acudeixen a un centre escolar, durant tot el curs acadèmic, per actuar de mentors i tutors amb nins i nines en fase d'aprenentatge de la lectura, són un bon exemple d'un programa d'aquest tipus.
- Nivell 4 (*convivència*): en aquest nivell, el millor exemple de programa intergeneracional és representat pels anomenats *centres intergeneracionals*. Més enllà d'un seguit d'activitats conjuntes organitzades durant un temps, en aquest cas parlem d'una situació quotidiana de convivència intergeneracional en la qual les persones decideixen i planegen, sobre la marxa, les seves relacions, els objectius i les tasques comunes. Aquest nivell és el més pròxim a l'ideal d'*una societat per a totes les edats*.» (Newman i Sánchez, 2007)

Per donar un altre punt de vista, podem comentar l'autor Manheimer (1997), que fa una reflexió sobre els programes intergeneracionals exposant que aquest tipus de programes s'haurien de basar en la solidaritat social, és a dir, fer alguna cosa pels altres, ja siguin petits, joves o grans. Amb aquestes relacions estàs afavorint relacions d'aprenentatge i de col·laboració amb altres generacions.

Fent una recerca de programes que tenen com a objectiu principal facilitar les relacions intergeneracionals, bé en l'àmbit de l'educació, bé en l'àmbit social, hem pogut comprovar que és un tema que cada vegada s'està treballant més i s'hi estan implicant més institucions i entitats de diferents àmbits d'actuació en el col·lectiu de les persones grans. En aquest àmbit d'actuació hem pogut comprovar que amb l'objectiu de fer interactuar distintes generacions s'estan fent activitats molt diverses. Hem trobat tota aquesta varietat de projectes, alguns dels quals són actuacions puntuals, però altres s'estan consolidant amb el transcurs dels anys:

- Projectes que fan interactuar persones grans que es troben en algun tipus de centre residencial (residència, centre de dia, etc.) i nins i nines estudiants dels diferents nivells educatius (infantil, primària, secundària) i els fan relacionar-se.
 - *Gent Gran, Gent Petita; una experiència compartida*: activitat desenvolupada pels residents de la residència de gent gran de Maó i els estudiants d'educació primària de Maó.
 - *La Universitat, un espai de trobada per a persones grans i joves*: activitat desenvolupada per les persones grans usuàries dels centres de l'Institut Murcià

d'Acció Social (IMAS) de la regió de Múrcia i joves universitaris de la diplomatura d'Educació Social de la Universitat de Múrcia.

- *De 3 a 103 i De 5 a 105*: activitat organitzada per la Creu Roja Joventut de Navarra en els períodes de vacances. Es relacionen els nins i nines que són al campament i els residents d'una residència per a persones grans.
 - *Ensenya'm a viure*: activitat desenvolupada per les persones grans d'una residència amb joves de 16 a 18 anys d'un institut de la Corunya.
 - *¿Aprenem, iaio, aprenem, iaia?*: aquesta activitat es realitza en un centre de dia de València amb els seus residents i els néts dels residents, a més d'altres nins.
 - *Taller de titelles*: l'activitat la duu a terme el Centre Social de Gent Gran de Mieres (Astúries), s'emmarca dins el Programa Intergeneracional Recuperant Memòries, Construint Futur. Hi participen amb les escoles.
 - *Titelles a l'escola*: activitat desenvolupada per les persones grans del centre social de persones grans i centre de dia de Moreda de Aller (Astúries) i els estudiants d'educació primària.
 - *Projecte d'Intercanvi Intergeneracional en Centres d'Educació Primària*: activitat que es duu a terme a les escoles de primària amb la participació dels residents del centre de dia de Yecla (Múrcia).
 - *Projecte d'integració social a través del teatre*: l'activitat es desenvolupa amb les persones grans d'una residència assistida (residència de persones grans Concepción Arenal de la Corunya) i posteriorment fan les representacions en les escoles i altres centres.
 - *Programa d'ajuda mútua entre joves en dificultat sociofamiliar*: activitat desenvolupada pel centre integral d'atenció a persones grans de San Prudencio (Àlaba) i el centre de joves.
 - *Programa intergeneracionallintercultural entre persones grans i persones privades de llibertat*: activitat desenvolupada per l'Ajuntament de Vitòria Gasteiz (Àlaba) i persones en situació de privació de llibertat.
- Alumnes grans que en aquest moment cursen un programa universitari per a gent gran i es relacionen amb les escoles d'infantil, primària i secundària i hi aprenen els seus coneixements.
 - *Quan jo era petit*: activitat desenvolupada pels alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) del campus universitari i escoles d'educació primària de Palma.
 - *Junts aprenem més i millor*: activitat desenvolupada pels alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Seu universitària de Menorca i escoles d'educació primària i secundària d'Alaior.
 - *Experiència intergeneracional*: activitat desenvolupada pels alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Seu universitària d'Eivissa i Formentera i escoles d'educació primària d'Eivissa.
 - *Programa de convivència intergeneracional*: activitat desenvolupada per la Universitat de Valladolid i escoles de les localitats de Palència, Segòvia, Sòria i Valladolid.

- Projectes organitzats per entitats públiques de les diverses administracions públiques del país.
 - *Ansina Solidaria; raons per ser solidaris*: activitat organitzada per la Unitat d'Intervenció Social de l'Institut Insular d'Atenció Social i Sociosanitària de Tenerife.
 - *Punt de mediació i orientació intergeneracional*: activitat organitzada per la Regidoria de Col·laboració Intergeneracional: Gent Gran, Joventut i Infància de l'Ajuntament de Camargo (Cantàbria).
 - *Trencant distàncies*: activitat organitzada per la Conselleria de Benestar Social dins el programa d'atenció integral a persones grans d'Oviedo.
- El museu com a espai propi per dur a terme activitats que facin participar-hi diferents generacions.
 - *La memòria industrial*: projecte organitzat pel Museum Cemento Rezola de Donosti. El taller es desenvolupa a través de l'intercanvi de coneixements i experiències entre joves i persones grans.
- Activitats que prioritzen les relacions entre els avis i àvies i els seus néts i nétes, així com la possibilitat de rompre estereotips relacionats amb els dos col·lectius.
 - *Tenim molt en comú*: activitat desenvolupada per la Fundació Pfizer de Madrid.
 - *Escola d'avis*: activitat desenvolupada per la Mancomunitat Intermunicipal Barri del Crist d'Aldaia-Quart de Poblet (València).
 - *Convivre amb els néts*: activitat duta a terme per l'Obra Social de Caixa Catalunya de Barcelona.
 - *D'acampada amb els meus avis*: activitat organitzada pel Centre Gerontològic Amma Mutilva de Navarra.
 - *Avis mestres*: activitat organitzada per la Conselleria de Benestar Social i els ajuntaments de Candamo i Las Regueras (Astúries).

Segons l'autora Sacramento Pinazo (2006), les relacions intergeneracionals i els vincles que els avis estableixen amb els néts són aspectes de gran importància, es reconeixen així els beneficis que la figura de l'avi pot aportar al desenvolupament global i al procés de socialització dels néts.

- Activitats que es realitzen a través de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), és a dir, un grup de joves interactuen amb els grans mitjançant la informàtica i les noves tecnologies.
 - *Entre generacions 2.0*: projecte organitzat pel Centre de Serveis Socials Comunitari "Rio Nacimiento" de la Diputació d'Almeria.
 - *Ciberabuelo@Joven*: la Fundación Hogar del Trabajador. Centro Loyola de Madrid organitza una activitat que fa que es relacionin joves de 16 a 18 anys i persones grans.

- *Conecta Joven*: la Fundació Esplai de Barcelona permet que joves de 16 a 18 anys exerceixin de dinamitzadors en cursos d'informàtica bàsica dirigida a població adulta i als més grans.
- *Bagul del Record* (Almeria): projecte a través d'Internet que pretén valoritzar les experiències, els coneixements, la cultura i les maneres de vida tradicionals que les generacions més grans poden transmetre'ns.

Els autors Manheimer, Snodgrass i Moskow-Mckenzie (Sáez, 2002: 157-158) expliquen els resultats d'un projecte similar als exposats. El projecte *Facilitat amb els ordinadors*, coordinat per Susan Drenning a Upper Arlington, un barri de Columbus (Ohio), va tenir com a resultats uns beneficis mutus per a tots dos col·lectius. «*Els nins varen ser capaços de construir l'autoestima i un sentit de la competència, la capacitat en el treball, l'aprenentatge de l'habilitat de planificació del temps i de les classes, i el fet de començar a comprendre algunes de les responsabilitats de ser professor. Les persones grans varen obtenir coneixements i habilitats en el maneig dels ordinadors [...], habilitats de vocabulari nou per escriure cartes als seus néts. Els nins varen aprendre sobre la vida dels grans i sobre la seva contínua capacitat i el desig per adquirir noves habilitats i coneixements, i els grans varen trobar noves maneres d'apreciar els nins de cinquè i sisè grau i de relacionar-s'hi.*» (Drenning i Getz, 1992).

- Projectes i activitats organitzats per associacions de persones grans, centres culturals i organitzacions que tenen les persones grans com a col·lectiu prioritari.
 - *Els nostres majors actius: grups actius intergeneracionals*: activitat desenvolupada per l'AUPLEX (Associació d'Universitats Populars d'Extremadura).
 - *Programa intergeneracional* de Torrejón de Ardoz (Madrid): les activitats intergeneracionals del programa pretenen potenciar la participació comunitària de la persona gran i avançar en el coneixement mutu entre les diferents generacions.
 - *Taller de l'experiència*: al centre social de persones grans del Puerto de Mazarrón (Múrcia); l'activitat pretén possibilitar espais de trobada i interacció entre el grup de més grans i els nins i nines dels cursos participants, i aconseguir la transmissió, l'intercanvi de coneixements i experiències entre els participants, afavorint punts d'unió entre ambdues generacions.
 - *Taller de titelles intergeneracional a l'entorn escolar*: el taller es va dur a terme en un col·legi públic de Madrid, i va sorgir perquè es va detectar la necessitat de diversos nins que romanen al col·legi fins a les 20 hores a causa que els seus pares treballen durant tota la jornada.
 - *Teatre Intergeneracional*: un grup de joves de l'Associació Juvenil Momo (Salamanca) a través del programa municipal Animabarrios proposen aquesta activitat per estar al costat dels més grans.
 - *Per una casa per a tothom: oci inclusiu i intergeneracional*: les activitats que es desenvolupen en aquest programa són un espai de trobada i impuls a les relacions

- intergeneracionals i d'oci inclusiu. És pensat per a qualsevol persona que vulgui gaudir del seu temps lliure i d'oci a través d'activitats artístiques creatives i solidàries.
- *Divertint els més grans*: activitat duta a terme pels alumnes de l'IES Ricardo Carballo Calero de la Corunya i l'associació de veïns.
 - *Voluntaris a presó*: el programa es duu a terme a la presó d'Albolote (Granada). L'activitat la desenvolupen les persones grans voluntàries que treballen en coordinació amb el capellà.
 - *Tens una història per explicar*: la Fundació Viure i Conviure de Caixa Catalunya en diverses comunitats autònomes duu a terme un projecte de comunicació intergeneracional, que té com a objectiu fomentar el diàleg entre dues generacions, els grans i els joves, a través d'un concurs periodístic.
 - *Premi Tomás Belzunegui* de la Societat Navarresa de Geriatria i Gerontologia: el premi Tomás Belzunegui té com a objectiu promoure la imatge positiva de les persones grans a través d'un concurs periodístic i literari, obert a totes les edats i professions.
 - *Gent gran a l'escola - MENTOR*: activitat organitzada per l'OFECUM (Oferta Cultural d'Universitaris Grans) de Granada i les escoles de la localitat.
 - *Trobada entre veïns*: el grup CARE de Madrid organitza aquesta activitat amb les associacions de veïns de les seves barriades.
- Activitats intergeneracionals puntuals, és a dir, aquelles activitats que s'han organitzat per un motiu específic, però que no es desenvolupen d'una manera contínua cada any.
 - *Gimcana intergeneracional* (Jaén): activitat de lleure entre nins i nines de deu i onze anys i persones grans residents en una residència.
 - *Seminari Binacional Intergeneracional*: el Seminari Binacional Intergeneracional es va organitzar com un programa intergeneracional entre dues universitats (Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés de la Universitat Ramon Llull, Espanya, i Facultat de Treball Social de la Universitat Catòlica de Friburg, Alemanya), mitjançant el qual es va realitzar un intercanvi entre estudiants de diferents generacions que en un context d'educació formal varen fer un estudi i una anàlisi comparativa entre tots dos països sobre una temàtica de l'àmbit social.
 - *Celebració del Dia Europeu entre Generacions*: activitat organitzada per l'associació d'alumnes de la Universitat de Gent Gran de Ciudad Real José Saramago.
 - *Jocs Gerolímpics* (Astúries): amb motiu de la celebració dels Jocs Olímpics de Pequín i aprofitant la tradicional trobada de persones grans de Santa Eulàlia de Oscos i joves del camp de treball vinguts de diferents llocs d'Espanya, es varen organitzar uns jocs «gerolímpics».
 - *I Ra-li Fotogràfic Intergeneracional* (Madrid): l'activitat va consistir en un concurs de fotografia intergeneracional, en el qual podien participar persones de totes les edats. La temàtica va ser «*La gent gran i el seu entorn*».

Font: Red Intergeneracional de l'IMSERSO

http://www.redintergeneracional.es/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=59

Tots aquests exemples de bones pràctiques només són una mostra de tota la varietat d'activitats amb una característica comuna, relacionar distintes generacions. Segurament no hi són totes les que es fan, perquè cada vegada s'organitzen més tipus d'activitats, però aquesta relació sí que ens serveix per veure la importància, rellevància i significativitat d'aquest tipus d'activitats des de tots els àmbits de la societat.

3. Els beneficis dels programes intergeneracionals

El Consorci Internacional per als Programes Intergeneracionals els defineix així:

Els programes intergeneracionals són mitjans per a l'intercanvi intencionat i continuat de recursos i aprenentatge entre les generacions més grans i les més joves amb la finalitat d'aconseguir beneficis individuals i socials. (Pinazo, 2009)

Com ens exposa l'autora Sacramento Pinazo (2009), *cada vegada es desenvolupen més estudis que mostren els beneficis de les interaccions intergeneracionals tant per als nins o joves com per als grans. Les persones grans que participen en programes intergeneracionals se senten més felices que altres persones grans de la seva mateixa edat i condicions de salut. Algunes investigacions han mostrat que l'increment de l'activitat física, cognitiva i social que s'obté a partir dels programes intergeneracionals pot ajudar a millorar la salut per a la població que envellaix i millora l'aprenentatge en els més joves. Altres investigacions indiquen que la participació en interaccions intergeneracionals possibilita experiències agradables per a les persones grans i millora la seva autoimatge, la seva identitat, en incrementar el seu sentiment de ser útils per als altres. Fins i tot les persones grans que es troben en centres residencials, persones dependents, poden participar en programes intergeneracionals i beneficiar-se d'aquest tipus d'interaccions, augmentant la seva mobilitat, la interacció social i reduint els seus temps de son.*

Segons Pinazo i Kaplan (2007) i Pinazo (2009), seguint una classificació prèvia de MacCallum (2006), els beneficis que l'intercanvi intergeneracional provoca en els diferents col·lectius són els que indicam més avall; nosaltres hem fet una reagrupació dels diferents beneficis per similituds:

a) Beneficis per a les persones grans:

- Es produeixen canvis en l'humor i un augment de la vitalitat. Això pot derivar en un contacte més directe amb gent més jove, dedicar-los més temps, i per tant, combatre els sentiments d'aïllament.
- Millora de la capacitat per fer front a la malaltia física i mental, així com increment de l'autoestima i la motivació.

- Apareixen oportunitats d'aprendre, transmetre tradicions, cultura, llenguatge, i aprendre coses sobre la gent jove.
- L'estima es renova per les pròpies experiències de la vida passada i s'incrementa el sentiment de vàlua personal. Aquest fet els ajuda a enfortir-se davant l'adversitat.
- Reintegració en la família i en la vida comunitària, compartir experiències i tenir una audiència que valora els èxits.
- Poden rebre una ajuda pràctica, puntual o contínua, en activitats com ara compres o transport.
- Respecte, honor i reconeixement de la seva contribució a la comunitat.
- Desenvolupament d'habilitats, i especialment d'habilitats socials i ús de les noves tecnologies.
- Passar-ho bé i implicar-se en activitats físiques.
- Exposició a la diferència.

b) Beneficis per als nins i joves:

- Increment del sentiment de vàlua personal, autoestima i confiança en un mateix, així com saber enfortir-se davant l'adversitat.
- Menys solitud i aïllament, augment de l'optimisme i estar més saludable.
- Tenir accés al suport dels adults durant moments de dificultat.
- Augment del sentiment de responsabilitat social.
- Percepció més positiva de les persones grans i més coneixement de l'heterogeneïtat del col·lectiu de gent gran.
- Proveir-se d'habilitats pràctiques.
- Millora dels resultats a l'escola i millora de les habilitats lectores.
- Menys implicació en actes violents i ús de drogues i més participació en activitats de lleure alternatiu enfront dels problemes.
- Increment del sentit cívica i de la responsabilitat envers la comunitat.
- Aprendre sobre la història i els orígens i sobre les històries dels altres, així com construir la pròpia història de vida.
- Guanyar respecte pels èxits dels adults.
- Rebre suport en la construcció de la pròpia carrera laboral.

c) Beneficis per a la comunitat:

- Hi ha una reconstrucció de les xarxes socials i es desenvolupen ponts cap a la comunitat.
- Apareix un sentiment de comunitat.
- Afavorim la construcció d'una societat més inclusiva. S'augmenta la cohesió social i es creen històries en comú.
- Es facilita el trencament de les barreres i els estereotips.
- Construir i enfortir la cultura.

- Alleujar la pressió dels pares.
- Oferir models de comportament cívic.
- Construir, mantenir i revitalitzar oportunitats comunitàries i infraestructures públiques.
- Produir art públic.
- Desenvolupar el voluntariat i proporcionar voluntaris per a serveis comunitaris i animar la gent a treballar amb altres persones en grups comunitaris.
- Tenir cura del medi ambient.

Com s'ha pogut observar, els beneficis que es generen per la realització i el desenvolupament d'un programa intergeneracional són extensius a tots els col·lectius i fins i tot a la població general com a pertanyents a la comunitat. Aquests tipus de programes són els necessaris per aconseguir una societat per a totes les edats, una societat en la qual no hi hagi una desvinculació perquè hom té més anys dels que es consideren els aptes per contribuir de manera activa a la societat.

4. Les relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors (UOM)

La Universitat de les Illes Balears (UIB) desenvolupa un programa educatiu i cultural destinat a persones més grans de 50 anys, anomenat *Universitat Oberta per a Majors (UOM)*, des de fa dotze anys. El curs acadèmic 1998-99 es va iniciar el programa al campus universitari, amb 32 alumnes. Des d'aquest moment s'ha anat ampliant als pobles de Mallorca, a Menorca, a Eivissa i a Formentera, i s'ha aconseguit d'aquesta manera un apropament del coneixement universitari a tots els indrets de les nostres illes. En el cas de Menorca el primer curs es va impartir a la Seu universitària de la UIB a Menorca el curs acadèmic 1999-2000. Curs rere curs, la matrícula s'anava incrementant i la iniciativa es consolidà; d'una vintena d'alumnes el primer curs arribam als més de 160 inscrits aquest darrer any amb activitats a Maó, Ciutadella i Alaior. El cas d'Eivissa és semblant a l'anterior, el primer curs es va dur a terme a la Seu universitària d'Eivissa i Formentera el curs acadèmic 1999-2000. A la Seu d'Eivissa i Formentera ara hi ha més de 150 inscrits, amb la incorporació dels pobles de Sant Antoni de Portmany, Sant Josep de sa Talaia, Santa Eulària des Riu i Sant Joan de Labritja.

La UOM és un projecte consolidat i de molta repercussió social, sobretot entre les persones més grans de 50 anys. Per aquest motiu és la nostra intenció ampliar els objectius que es varen plantejar des d'un principi, i anar adaptant-los a una situació canviant, tant de la societat com del nostre col·lectiu de referència. És per això que volem donar visibilitat a les persones grans de la nostra comunitat i afavorir un envelliment cada vegada més actiu i positiu.

Des de la UOM pretenem dur a terme un projecte educatiu i intergeneracional que possibiliti que els alumnes grans i els estudiants petits comparteixin un mateix espai

educatiu que permeti unir els interessos d'ambdós grups fomentant l'aprenentatge i les relacions. Ja l'any 1995 les Nacions Unides varen plantejar la idea d'una societat per a totes les edats. Posteriorment a l'Assemblea General de les Nacions Unides (2000) i a la II Assemblea Mundial sobre l'Envel·liment (2002) es va aprofundir sobre el concepte de les relacions intergeneracionals, donant una importància significativa a aquest tipus d'activitats, pels beneficis recíprocs que aporta als col·lectius participants (nins i grans, joves i grans, adults i grans, etc.).

Seguidament volem mostrar les experiències que els alumnes de la UOM, de les diferents illes (Mallorca, Menorca i Eivissa), han dut a terme a les escoles de primària de la seva localitat. En un principi el projecte de les tres illes compartia una estructura específica i comuna, però en la pràctica aquestes característiques s'han anat adaptant a les circumstàncies pròpies del col·lectiu i de l'espai on es trobaven.

4.1. Mallorca: *Quan jo era petit!*

A la UOM, com s'ha comentat més amunt, ens vàrem plantejar com un del objectius més significatius possibilitar i facilitar unes relacions positives entre les diferents generacions. El curs acadèmic 2007-2008, amb motiu de la celebració del desè aniversari de la creació de la UOM, es varen organitzar diverses activitats, i una d'aquestes va ser una diada intergeneracional, aquesta diada la varen compartir els estudiants de la UOM i els estudiants de Psicologia i Pedagogia de la UIB. La jornada d'intercanvi, que vàrem anomenar *Compartint Espais, Compartint Futur*, va consistir a realitzar una activitat conjunta entre els alumnes grans i els joves; s'ha de dir que aquesta activitat va sorgir dels alumnes grans quan s'estaven preparant les activitats de l'aniversari. En l'activitat hi varen participar 118 alumnes en total, es varen distribuir en 24 grups de feina. En tenir els grups formats es va plantejar la pregunta «*Què esperar de la Universitat?*», i l'objectiu va ser que treballassin junts sobre aquesta pregunta i després posar en comú les seves idees i opinions. Amb les conclusions es va fer un manifest que varen anomenar «*La Universitat que volem*» i que exposava totes aquelles idees que els grups intergeneracionals d'alumnes universitaris varen treballar.

Una de les conclusions que vàrem incloure al manifest va ser aquesta:

tenim molts punts en comú. Coincidim en el fet que Universitat és sinònim de cultura, coneixement, saber, educació, universalitat, aprenentatge, formació, informació, reflexió, convivència, amicitat, companyia, interès, esforç, llibertat, il·lusió, motivació, canvi, creixement i futur.

Després dels bons resultats d'aquesta activitat, tant per als estudiants grans com per als estudiants joves, ens vàrem plantejar realitzar l'activitat amb altres alumnes, però aquesta vegada amb alumnes més petits, és a dir, possibilitar les relacions dels estudiants grans a les aules dels centres d'educació primària.

Per tal d'iniciar l'activitat ens vàrem posar en contacte amb la Direcció General d'Innovació i Formació del Professorat, de la Conselleria d'Educació i Cultura, per proposar-los la idea i d'aquesta manera poder oferir l'activitat als centres educatius. Vàrem realitzar un petit projecte i tot seguit es va fer una convocatòria de participació per a tots els centres educatius de primària públics de Palma.

Els objectius que ens vàrem plantejar eren els següents:

1. Fomentar el coneixement i les relacions intergeneracionals.
2. Donar a conèixer als estudiants de primària un model de persona gran activa, amb experiències i ganes de compartir amb els altres.
3. Fomentar unes relacions positives entre els petits i els grans, i d'aquesta manera rompre mites davant les persones grans.
4. Generar un benefici que fos recíproc entre les dues generacions, és a dir, positiu tant per als petits com per als grans.

La metodologia que es va seguir per dur endavant el projecte *Quan jo era petit!* va ser fer dos projectes en paral·lel (per una banda, a les aules de la UOM i, per l'altra, a les aules dels centres educatius de primària) sobre l'educació, en sentit ampli, dels alumnes grans quan ells varen estudiar d'infants. Els temes que nosaltres trobàvem interessants per dur a terme una feina prou gratificant i estimulante, per als dos grups d'estudiants, varen ser molt variats: els jocs, les formes d'ensenyar, els tipus d'agrupacions que es feien, els materials educatius que s'utilitzaven, les formes de comportar-se a classe, les relacions entre l'alumnat, els mestres, les sancions o els càstigs, etc.

El responsable de l'activitat es va desplaçar a les escoles per tal de tenir una reunió preparatòria amb cada un dels responsables dels centres (director, cap d'estudis, tutor, etc.) que havien sol·licitat l'activitat, per triar aquelles temàtiques que serien les més adients per a cada un dels grups d'estudiants de primària i els interessos dels tutors de cada un dels grups.

Amb els alumnes de la UOM varen tenir dues sessions, de dues hores de durada, destinades a la preparació dels continguts. La primera sessió va consistir a parlar de l'època en què ells i elles anaven a escola, com era la seva escola, com eren els mestres, què feien abans, durant i després de l'escola, i una vegada contextualitzat el tema, es varen centrar en els diversos aspectes que a les escoles els interessaven i els que els tutors i tutores treballarien amb els alumnes petits. Abans de finalitzar la primera sessió varen donar una feina als alumnes de la UOM, haurien de fer una recerca de materials (llibres, enciclopèdies, quaderns de lectura i escriptura, etc.), objectes (plumiers, tinters, plomes, etc.), joguines, lletres de cançons que feien servir per als seus jocs i diferents estris per poder mostrar als nins i nines a la visita a l'escola. La segona sessió de feina la varen dedicar a dur el material

que els més grans havien preparat per mostrar-lo als nins i decidir quins materials eren els més adients per dur a l'escola, si es podrien fer algunes coses (sobretot joguines) de manera casolana, i preparar un guió, una mica estructurat, per seguir durant les visites i no oblidar els continguts que s'havien preparat.

El dia de la visita dels estudiants de la UOM als centres educatius de primària, i a cadascuna de les aules assignades, s'incorporaren dos alumnes de la UOM (amb els continguts i els materials seleccionats prèviament). A l'aula hi eren presents els estudiants joves, els dos alumnes grans i el/la tutor/a del grup. Després d'una petita introducció i presentació del/ de la tutor/a els estudiants més grans varen iniciar l'exposició.

Durant el transcurs de totes les sessions d'interacció amb els diferents grups classe, els alumnes de la UOM se sentien en un principi un poc nerviosos perquè es trobaven davant 20 o 25 nins que els miraven amb les cares amb una expressió entre l'atenció i el desconcert. Una vegada varen iniciar el seu discurs, la dinàmica de la classe els feia tranquil·litzar i implicar-se cada vegada més en les històries que contaven. Els alumnes joves, depenent de l'edat i del grup, demanaven molt i eren molt participatius, és una de les qüestions que els alumnes de la UOM varen puntualitzar en el moment de la valoració.

Quines escoles hi varen participar? Una vegada enviada la convocatòria general de l'activitat, la varen sol·licitar tres centres d'educació primària:

- a) CP de Pràctiques,
- b) CEIP Son Serra, i
- c) CP Els Tamarells.

Cada escola tenia uns interessos particulars:

CP de Pràctiques: atès que commemoraven els *175 anys d'educació i de l'Escola Model al CP de Pràctiques*, durant tot el curs havien estat organitzant activitats relacionades amb la història de l'educació. Al hall de l'escola hi havia un petit museu on es va poder veure la reconstrucció d'una aula antiga, amb els pupitres, la taula del mestre i la pissarra. També hi havia material que s'utilitzava abans, com per exemple, els llibres de text, els plumiers, etc., fins i tot hi havia un vestit de primera comunió d'aquell temps. Com que durant tot el curs aquesta escola havia estat preparant i desenvolupant activitats relacionades amb l'educació, la nostra activitat era un complement més a les feines que ja havien realitzat. A la reunió de preparació l'escola va mostrar interès per apropar l'activitat a tots els cicles de primària, és a dir, donar cobertura a primer, segon, tercer, quart, cinquè i sisè. Com que tenien dues aules per curs, es varen realitzar dotze activitats a les aules. Es va decidir fer l'activitat durant dos dies, ja que eren molts de grups. El primer dia es va fer l'activitat al tercer cicle i el dia següent a primer i segon cicles. Les temàtiques que es varen triar eren en relació amb els grups on es farien les sessions. Al tercer cicle (5è i 6è), com que eren els

alumnes més grans, es va orientar la sessió cap a les professions que hi havia abans i ara no existeixen i la motivació per aprendre, ja que els alumnes de la UOM estan estudiant a la Universitat, encara que són més grans de 60 anys. Amb els altres cicles (de 1r a 4t curs), com que eren més petits, es va decidir orientar la sessió de cara als jocs antics, com jugaven a l'escola i a ca seva els grans, com feien els seus jocs i si els nins d'ara coneixen els jocs dels seus avis (cançons, acudits, rimes, etc.).

CEIP Son Serra: també estava de celebració. En aquest cas varen sol·licitar l'activitat per al primer cicle de primària (1r i 2n curs) i per al tercer cicle (5è i 6è curs). Els cursos tenien dues línies, per tant, es varen dur a terme vuit sessions. La distribució de les sessions va quedar de la manera següent: abans del pati es va realitzar l'activitat en un cicle, i després del pati, a l'altre cicle. Els temes que es varen tractar varen ser, per al tercer cicle, les professions i l'educació en general, també intentar motivar els infants per estudiar i fer-los veure que l'educació i la formació són una cosa molt important en els nostres dies. Amb els més petits hom va jugar als jocs a què els més grans jugaven quan eren petits i anaven a escola, els alumnes de la UOM varen fer joguines casolanes i en varen dur també algunes de comprades o de casa seva. Els alumnes de la UOM varen mostrar als nins com jugaven amb una baldufa, a les figuretes, amb retallables (de nines i de castells), a les set pedretes, a xanques, etc.

CP Els Tamarells: varen dur a terme l'activitat en una classe de 5è curs. En aquesta ocasió la tutora estava interessada perquè es tractàs el tema de l'educació en general, la motivació i la importància de tenir estudis i formació. Amb aquest grup, com que hi havia més temps i només era una aula, els alumnes petits varen fer feina sobre un tema, la percepció que tenen ells de les seves persones més grans, els aspectes positius i els negatius. La tutora del grup va fer quatre preguntes als alumnes de cinquè de primària, i el resultat fou el següent:

- Escriu una cosa positiva sobre les persones grans:
 - Que les persones de la tercera edat són molt bones.
 - Que són molt simpàtics i divertits.
 - Que quan estàs malalt et cuiden, o que sempre que estic malalta està al devora meu.
 - Et conten històries interessants de quan ells eren petits.
 - Que ens acompanyen a passejar i fan una sopa casolana boníssima.
 - Que et donen paga cada diumenge.
- Escriu una cosa negativa sobre les persones grans:
 - Les persones grans no tenen res negatiu.
 - Que criden molt.
 - Que els grans no juguen amb nosaltres.

- Que s'enfaden per la política i perquè els nins criden i juguen.
 - Que no es poden moure tan bé com nosaltres.
 - Que algunes són molt estrictes.
 - Que algunes són garrepes.
 - Que algunes vegades són molt pesats.
- Quina persona gran o quines persones grans tens al teu costat?

Majoritàriament els alumnes han contestat que els seus avis i, com a segona resposta, els seus veïns.

- Què t'agradaria saber sobre l'escola dels que ara són grans?
- Com era la seva escola.
 - Com eren els mestres d'abans.
 - Com eren els estudis.
 - Com eren les classes i com us tractaven.
 - A què jugaven abans.
 - Com eren els llibres.
 - Quin càstigs us posaven.

Com podem observar, els interessos dels alumnes de primària són molt variats, i les inquietuds mostrades a la sessió ho corroboren, ja que va ser un grup molt participatiu, encara que una mica dispers, circumstància que es pot explicar a causa de l'hora en què es va realitzar l'activitat, de 13 a 14 hores, i això va poder produir que el grup ja estigués cansat.

Quant al grup d'estudiants de la UOM, estava compost per deu alumnes en total, vuit dones i dos homes, amb una edat mitjana de 68,3 anys. L'alumna més jove que hi va participar tenia 61 anys i l'alumna més gran en tenia 81. Del total dels alumnes de la UOM, una alumna cursava segon curs del Diploma Sènior, sis cursaven tercer del Diploma Sènior, dues cursaven cinquè del Diploma Sènior Superior i una cursava un Diploma d'Especialització.

En acabar les activitats presencials i d'interacció amb els alumnes de les escoles varen realitzar una valoració del que havia estat l'activitat duta a terme durant aquests dies. Consideraven molt important aquestes valoracions i percepcions, perquè era la primera vegada que realitzaven aquesta activitat amb una envergadura tan àmplia, i volien saber si valia la pena tornar a repetir-la en anys vinents. A la valoració varen tractar quatre temes importants, en primer lloc, què destacarien com a cosa més interessant de l'activitat; en segon lloc, quins aspectes destacarien com a positius; en tercer lloc, quins com a negatius; i per acabar, si recordaven alguna anècdota curiosa d'aquelles que per alguna raó els va cridar l'atenció i no se la podien treure del cap (de manera simpàtica).

Els resultats són els següents (només és un extracte de totes les opinions):

a) *Els aspectes més interessants de l'activitat serien:*

- «El més interessant és comprovar que desperts, intel·ligents i hàbils que són alguns nins. L'atenció i les preguntes que feien ens duen a pensar que s'interessaven per tot, que posaven atenció en el que explicàvem i que els resultava nou gairebé tot. Els nins poden comprovar que viuen en una societat que ha evolucionat molt ràpid i que tenen uns mitjans que nosaltres no vàrem tenir i que han d'aprofitar. Personalment feia tant que no aportava gens en un col·legi que em va emocionar molt. L'experiència va ser meravellosa».
- «Ens hem sentit ben acollits. Els nins han participat molt més del que esperava».

b) *Assenyalar tres aspectes positius de l'activitat:*

- «a) Veure els meus companys recordant els seus jocs, cançons, etc., b) L'interès de la Universitat per preparar l'entrada als futurs alumnes, c) Els nins estaven ben informats pels seus avis del nostre passat. És grat veure que hi ha famílies que es comuniquen».
- «a) El bon comportament, en general, de l'alumnat, b) Observar l'interès que posaven en l'experiència i com era de fàcil connectar amb ells, c) Que malgrat la diferència d'edat no som tan lluny com pareix i, sobretot, que els jocs i l'esbarjo segueixen essent (malgrat els avenços) gairebé els mateixos».

c) *Assenyalar els aspectes negatius de l'activitat:*

- «La manca d'ordre a l'aula. Però, tenint en compte l'edat dels nins, és perfectament comprensible».
- «Poca participació dels alumnes de la UOM».

d) *Una anècdota que recordis:*

- «Una nina que em va donar les gràcies quan, en reforçar l'activitat d'una companya que volia ser infermera, li vaig dir que havia d'estimar molt l'ésser humà. La nina té la síndrome de Down».
- «Que, com és natural, tenien molta curiositat per saber com era la nostra escolaritat».
- «No en record cap, però sí que puc dir que en general eren nins alegres, comunicatius, que et miraven com si fos algú especial i et venien a dir: Hola! i et feien un somriure perquè els parlàssis. Mereixen tot el que puguem aportar».
- «L'aplaudiment espontani dels nins en acabar les seves preguntes i les nostres respostes. La profunditat de les seves preguntes i el seu interès pel seu futur».

4.2. Menorca: **Junts aprenem més i millor**

Des de fa alguns anys es realitzen interessants experiències d'intercanvi entre generacions en diferents entorns i amb temes prèviament treballats. Aquestes experiències s'han donat preferentment entre centres escolars d'infantil i de primària i centres de persones

grans, geriàtrics o amb persones grans voluntàries. Els resultats, globalment, són molt satisfactoris i encoratgen a aprofundir en les característiques, peculiaritats i els trets d'identitat d'aquestes experiències en les quals convergeixen aspectes d'aprenentatge, aspectes cognitius i aspectes afectius i emocionals. Aquesta confluència és la que possibilita vivències complexes i excepcionals capaces de deixar petjada.

En el marc de la iniciativa UOM, el curs 2007-2008 es va iniciar la primera experiència d'intercanvi intergeneracional entre alumnes de la UOM i de les escoles de primària del municipi d'Alaior. A partir d'aquest curs, hem anat portant a terme iniciatives paregudes, de manera ininterrompuda, fins al curs actual, canviant centres, etapes educatives i col·lectius, però sempre sota un denominador comú: *Junts aprenem més i millor*.

Així, el curs 2007-2008, les persones matriculades a la Universitat Oberta per a Majors es varen desplaçar a les aules de primària dels centres d'Alaior (CC La Salle i CP Inspector Doctor Comas Camps) per viure una jornada d'intercanvi. Durant el curs 2008-2009, es va organitzar una trobada conjunta a tres bandes: els alumnes matriculats a la Universitat Oberta per a Majors, els alumnes de primer de Mestre, Educació Infantil, i els alumnes de segon de batxillerat de l'IES Josep Miquel Guàrdia d'Alaior. Aquesta trobada va permetre intercanviar i posar en comú tot allò que havien après i consideraven rellevant. El curs 2009-2010 varen ampliar l'intercanvi intergeneracional als centres de secundària de la localitat i als darrers cicles de l'educació primària (CC La Salle i IES Josep Miquel Guàrdia).

La primera experiència es va desenvolupar en dues escoles d'infantil i primària del municipi d'Alaior. Els alumnes matriculats a la UOM varen rebre un curs sobre les característiques bàsiques dels alumnes del segon cicle d'educació infantil i de primària i sobre la realitat complexa i multicultural de les aules. Posteriorment varen establir contacte amb diferents tutors i mestres de les dues escoles per explicar-los l'objectiu de l'activitat: grups de tres o quatre persones grans prepararien una sessió de classe en funció de les demandes dels fillets i de les filletes o els explicarien les característiques bàsiques de la seva infantesa o quins records tenien sobre el seu període d'escolaritat. L'activitat a la classe, tot i que estaria dirigida bàsicament per les persones grans, facilitaria l'intercanvi de sensacions, sentiments i vivències entre fillets i filletes i persones grans. D'aquesta manera, els grups de persones grans varen preparar les activitats, algunes de les quals a partir de suggeriments dels tutors de la classe. Les activitats principals que varen desenvolupar varen ser contar contes, llegendes o rondalles de Menorca, activitats de papiroflèxia, acudits, embarbussaments, dites i refranys i històries d'en primer (històries antigues, algunes de relacionades amb la història real de l'illa o producte de la més pura ficció popular).

Les persones grans varen preparar les activitats, les varen portar a terme a les diferents aules i, després, fillets i filletes i els grups de persones grans varen valorar l'experiència, varen relatar el que els havia aportat i suggerit i es varen intercanviar dibuixos o petits regals.

La segona experiència la varen ampliar als centres de secundària, amb alumnes d'educació secundària obligatòria i de segon i tercer cicle de primària, seguint més o menys el mateix esquema anterior, tot i que varen decidir un tema general que els grans havien de preparar i exposar: com era la seva joventut i quins records tenien del seu període d'escolaritat. L'objectiu bàsic d'aquesta segona experiència era intercanviar sensacions i vivències potencialment allunyades, incloent l'alumnat de secundària, que presenta unes característiques força diferents de l'alumnat de primària. Lògicament, les persones grans també havien rebut una informació bàsica sobre les característiques de l'adolescència i sobre l'enorme diversitat que omple les aules de les nostres escoles i dels instituts. Moltes de les persones grans que hi varen participar varen portar materials, estris i evidències d'allò que explicaven, per fer més creïble i interactiva l'exposició.

La tercera experiència intergeneracional la varen dissenyar conjuntament entre tres col·lectius ben diferents: els matriculats a la Universitat Oberta per a Majors, un grup d'alumnes de segon de batxillerat de l'IES Josep Miquel Guàrdia i el grup de primer de Mestre, Educació Infantil, que cursen els estudis a la Seu de la UIB a Menorca. El fil conductor d'aquesta tercera experiència va ser el que havien après de significatiu i rellevant al llarg del curs. Cada col·lectiu es va reunir en petits grups i varen preparar una exposició dirigida a tota la resta per explicar-los el que consideraven que havien après durant el curs. Després varen realitzar una sessió conjunta, amb la sala d'actes de la Seu de la UIB a Menorca plena a vessar, en què cada petit grup va explicar a la resta les seves conclusions. L'experiència va ser un èxit total, va tenir una durada de gairebé quatre hores sense que cap dels col·lectius que hi va intervenir no mostràs signes de cansament. La sintonia va ser total.

Les tres experiències portades a terme ens permeten albirar algunes línies de treball, alguns condicionants que podem considerar fonamentals a l'hora d'assegurar un cert èxit d'aquest tipus de trobades. Aquestes línies de treball sorgeixen de tres fonts principals:

- de l'anàlisi dels enregistraments realitzats,
- de l'anàlisi dels documents generats,
- de les entrevistes realitzades als participants després de les diferents experiències.

Entre d'altres qüestions, volem destacar:

- La sorpresa dels grans per la quantitat de material i de recursos que hi ha a les aules: *vàrem quedar admirades, hi ha tanta diferència amb el nostre temps; tot està preparat per afavorir les condicions d'aprenentatge dels fillets i de les filletes (alumna de la UOM).*
- L'estructura i el disseny de les classes facilita el diàleg: *moltes classes estan en forma de U i això crec que facilita que tots puguin xerrar; de fet, tot el temps xerren i crec*

que això és bo, tot i que quan nosaltres anàvem a escola ens deien sempre que havíem d'estar en silenci (alumna de la UOM).

- La constatació de la diversitat de metodologies utilitzades: *vàrem veure el funcionament dels racons: cuina, infermeria, Creu Roja, construccions..., variat i molt ric; tots anaven jugant als diferents racons i es posaven una medalla quan havien acabat la feina prevista; és molt impressionant veure'ls fer feina d'aquesta manera (dues alumnes de la UOM).*
- El bon ambient i el bon fer de les mestres: *quina paciència que tenen les mestres! I quina confiança que tenen els fillets i les filletes en les seves mestres! Jo em pensava que les coses eren molt diferents; crèiem que hi havia molt més mal ambient, i no és així. Els fillets no s'esgavellaven gens; són molt tranquils, molt obedients; els fillets ens anaven explicant tot el que feien i volien que nosaltres hi participàssim (alumne de la UOM).*
- L'adequada i acurada formació dels mestres: *sorprèn la paciència que tenen les mestres amb tots els fillets i filletes; jo crec que no ho podria aguantar. Els mestres tenen molts recursos, preparen moltes activitats diferents, atenen molts fillets de manera individual, fan molta feina en grup; realment molt impressionant! (alumna de la UOM).*
- Sorprèn l'enorme diversitat que hi ha a les classes: *som d'Alaior i no vaig conèixer ningú de la classe; com és possible? Però en vaig conèixer molts perquè m'explicaven d'on eren i per què havien vingut. Els vaig trobar encantadors. És molt diferent de quan nosaltres anàvem a escola; tot ha millorat molt, tot i que nosaltres vàrem tenir molt bons mestres. Dins la classe es parlaven set idiomes i varen acabar cantant «Amigos para siempre». Una filleta magribí ens va explicar que la seva mare va a escola de persones adultes per aprendre a llegir i a escriure i que ella l'ajuda i corregeix els deures que donen a la seva mare (alumne de la UOM).*
- La riquesa i la complexitat de la diversitat a les aules. Totes les persones grans varen destacar aquest fet com un element molt rellevant, i en alguns casos varen exposar la seva preocupació davant determinades diferències que varen considerar molt difícils de tractar: *no crec que ho pogués aguantar; anglesos, romanesos, equatorians, persones molt mogudes, tímides, entremaliades... Crec que tot això és molt positiu per a tots, que aprenen a ser més tolerants i comprensius, però és molt difícil, molt difícil! (alumna de la UOM).*
- Sorprèn la quantitat de coneixements diferents que tenen els infants i les moltes coses que aprenen a l'escola: *una cosa ens va sorprendre molt; sabien donar massatges; ens*

varen donar massatges i va ser genial. Estan molt ben educats i molt espavilats. És sorprenent el que saben i com aprenen; són fillets molt desperts i intel·ligents; alguns de sis anys ja feien sudokus, era impressionant (alumne de la UOM).

- La capacitat d'aprenentatge i el desig de coneixement de la majoria de fillets i de filletes: *són com esponges; aprenen de tot i sempre; sempre estan actius, crec que això és una bona manera d'aprendre, nosaltres apreníem més a poc a poc perquè estàvem molt aturats; no érem tan actius com són ara. És sorprenent veure la seva vitalitat, la majoria estan contents i els temps de pati són molt moguts. Crec que això és bo, però també pot ser que estiguin més descentrats, com més despistats per moltes coses, amb poca capacitat de concentració (alumna de la UOM).*
- La participació activa i constant dels fillets i de les filletes: *tothom va participar molt, amb una actitud molt bona; tothom volia parlar i era difícil donar paraules a tothom; va ser genial (alumne de la UOM).*
- Tots els fillets i les filletes volen entendre el que se'ls explica, ja que sempre expliquen coses relacionades amb el que es conta: *sempre afegien comentaris al que nosaltres explicàvem; contaven anècdotes i experiències viscudes que tenien alguna cosa a veure amb allò que nosaltres explicàvem; això vol dir que ho entenien, ho entenien molt bé, ja que participaven de manera molt activa (alumna de la UOM).*
- Els fillets i les filletes d'infantil i de primària no podien entendre de cap manera com era que abans fillets i filletes anaven separats i no podien jugar junts: *quan els vàrem contar que els fillets anaven separats de les filletes no ho podien entendre; era inconcebible per a ells; ens demanaven com es podien fer nuvis si no podien anar junts. Era talment com si els parlàssim d'un altre món (alumne de la UOM).*
- Tampoc no podien entendre com es podia viure sense televisió o sense determinats electrodomèstics: *ens demanaven com passàvem el temps si no hi havia televisió; els vàrem explicar que vivíem en un lloc, al camp, amb gallines, benets i vaques i que no teníem llum elèctrica i que ens il·luminàvem amb espelmes o amb llums de gas i que algun cap de setmana podíem baixar al poble amb un carro; també els vàrem explicar que molts no vàrem poder anar a escola i que alguns de nosaltres gairebé no sap llegir ni escriure, tot i que ara anem a la Universitat (alumne de la UOM).*
- Els fillets i filletes de primària varen demostrar un extraordinari interès per qüestions històriques, especialment per totes aquelles referides a la infantesa i joventut de les persones grans que varen anar a la seva classe: *volien saber què fèiem, amb què jugàvem, quina relació teníem amb els nostres pares i mares i amb els nostres avis i, sobretot, per què anàvem a la Universitat ara, de tan grans. Això els sorprenia molt*

a tots. Els interessava tot: com era el poble abans, com vivíem, quin tipus de cotxes hi havia, què fèiem durant les vetllades, amb què ens divertíem, de què treballàvem... (alumna de la UOM).

- La majoria de classes varen expressar de moltes maneres el seu desig de repetir l'experiència cada curs escolar i expressaven la seva satisfacció fora de l'escola. Algunes classes varen preparar dibuixos, petits àlbums de fotografies o regals per agrair l'estada a les aules: *alguns fillets ens han dit a veure quan hi tornam; volen que hi anem cada any i ens varen dir que ells volen venir a la Universitat; ens varen dir que havien après molt i que podíem fer de professors. Alguns ens varen regalar dibuixos preciosos (alumne de la UOM).*
- Les diferències evolutives, l'edat i el desenvolupament, marquen importants diferències entre els fillets i les filletes, però el que es nota més és la procedència social: *vàrem poder comprovar el que fan els fillets i les filletes en funció de les etapes i d'allò que poden fer a cada edat, segons ens varen explicar; però el més sorprenent és que prest veus els fillets amb més problemes i t'imagines el seu origen familiar; això és dramàtic, ja que veus les mancances que aquell fillet patirà; sembla mentida com es veu això de tan petits (alumne de la UOM).*
- Aquestes diferències són molt pronunciades a l'institut, amb alumnes adolescents: *la veritat és que pensava que seria molt pitjor una classe d'adolescents, però comprenc que és difícil; són molt durs quan fan algun comentari, tot i que mostren respecte. La veritat és que ens varen sorprendre la seva participació, la seva actitud respectuosa i el seu interès, tot i que veies que hi havia alumnes totalment desconnectats. Segur que ha de ser molt difícil treballar amb ells (alumna de la UOM).*
- Constatar que tots aprenem i que tots podem aprendre a diferents edats, des de diferents perspectives i experiències, i que la clau dels aprenentatges és la motivació i l'interès per aprendre i compartir l'experiència d'aprendre amb altres persones: *és cert que sempre podem aprendre; jo abans pensava que no es podia a la meua edat, que ja estava tot perdut i ara veig que no; els fillets tenen més facilitats però nosaltres també podem aprendre molt i els que estudien a la Universitat encara ho tenen més fàcil, ja que estan entrenats; també és qüestió d'entrenament; si vas practicant vas millorant, i això els que estudiaven magisteri i batxillerat ens ho han demostrat de manera molt clara (alumna de la UOM).*
- Junts aprenen millor; aprendre és un procés individual però alhora col·lectiu de construcció conjunt del coneixement: *compartir experiències, vivències i coneixements amb persones diferents ens ajuda a créixer, a madurar i sentir-nos millor: contar històries, explicar les coses en forma d'històries, ajuda a entendre i és molt motivador*

per a tots; es veu que explicar històries és una cosa molt important per aprendre bé. Les diferències d'edat ens permeten explicar-nos coses ben diferents, experiències ben diferents i que són interessants i, per tant, ens motiven. Aprenem molt junts (alumna de la UOM).

«Junts aprenem més i millor» és una de les conclusions més rellevants, que es va constatar especialment en la posada en comú entre els alumnes de batxillerat i els alumnes de primer de Mestre. Els alumnes de Mestre, de batxillerat i de la UOM es varen explicar durant més de quatre hores què havien après i com ho havien après. Les reflexions aportades varen ser força interessants i rellevants:

- *Rebre informació ens permet formar-nos i generar idees i conceptes: si estàs informat sabràs viure millor; aquí ens donen molta informació; gaudim de professors de molt nivell i podem constatar que aprenem molt (alumna de la UOM).*
- *El valor de la convivència va ser un tret molt destacat: hem après a viure amb harmonia i a millorar la qualitat de vida i a entendre millor el món que ens envolta, que és molt més complex i complicat del que ens imaginàvem (alumna de la UOM).*
- *La diversitat d'opinions i d'enfocaments és sorprenent; el coneixement humà és molt divers i, fins i tot, contradictori: es donen informacions molt diferents, i d'aquesta manera aprenem a ser més tolerants i a comprendre la diversitat d'opinions, de formació i d'enfocaments que hi ha al món sobre un determinat tema (alumne de la UOM).*
- *Varen poder constatar l'ampli camp de coneixement que representen les ciències de l'educació, la psicologia i la neurociència com a eines que ens permeten entendre com ens relacionam i quines són les bases del nostre comportament: ens va sorprendre molt que ens relacionem bàsicament per altruisme, no sols per interès, aquesta va ser una conclusió molt sorprenent, ja que la majoria pensaven que sempre cercaven algun benefici en les relacions i en les nostres accions (alumna de segon de batxillerat).*
- *L'interès i la motivació són elements fonamentals per aprendre: jo pensava que a la meva edat ja no podria aprendre gairebé res; quan vaig venir a la UOM pensava que no aprendria, i ara sé que sí que puc aprendre i molt, de vegades molt a poc a poc, però puc aprendre. Això ha estat molt important per a mi (alumna de la UOM).*
- *El treball en equip, el treball cooperatiu, a tots els nivells, millora els processos d'aprenentatge: sembla mentida veure com podem aprendre molt entre nosaltres, si estam ben organitzats i tenim els papers clars sobre el que hem de fer. Jo pensava que per aprendre s'havia d'estar quiet i escoltant, i ara he pogut comprovar com*

ben organitzats podem aprendre molt. Aquestes posades en comú que fem són molt interessants per compartir allò que hem après. Jo pensava que només es podia aprendre quan un professor explica, ara sé que també es pot aprendre molt dels companys. Nosaltres ho hem fet i ho sabem per experiència (alumna de la UOM). Si escoltes els companys, amb una actitud receptiva i oberta, pots aprendre molt i bé (alumne de primer de Mestre, Educació Infantil).

- La diversitat de procedències, tarannàs, coneixements, motivacions, interessos, maneres de ser i d'estar de les persones, més que un impediment és un avantatge per aprendre i compartir coneixements: *mai no haguera pogut pensar que a la meua edat podria ser a la Universitat, compartint el que he après amb alumnes de batxillerat i amb alumnes de primer de carrera; per a mi, això era una cosa impensable; a més, pensava que no podia funcionar de cap de les maneres i hem pogut comprovar com sí que és possible i, a més, amb gent molt i molt diferent (alumna de la UOM).*
- Les relacions que s'estableixen en un col·lectiu mentre aprenem és el més valorat i destacat: *una de les coses que més destacaria és la relació entre els membres del curs, del desconeixement total i des de procedències i experiències molt diverses hem pogut fer pinya, hem consolidat un grup fort amb moltes ganes i il·lusió (alumna de primer de Mestre, Educació Infantil).*
- L'oportunitat de poder cursar estudis universitaris a l'illa de Menorca i, concretament, a Alaior, és un fet molt valorat: *una universitat petita com aquesta té inconvenients però també avantatges: la familiaritat en el tracte, el contacte directe amb els professors associats i el coneixement profund i proper entre tots nosaltres són elements molt positius; les mancances d'infraestructura, d'instal·lacions, de recursos i d'un campus extens i global són les principals mancances (alumna de primer de Mestre, Educació Infantil).*

Els mestres tutors de les aules d'educació infantil, primària i secundària varen valorar de manera molt positiva l'experiència: *han après coses que havien treballat ja amb el llibre de text i no recordaven. Es veu que la implicació directa i la vivència personal és una condició bàsica per a l'aprenentatge (tutor de quart de primària). Les persones grans que varen portar materials, mostres de quan ells anaven a escola, llibres o llibretes o fotos varen captar molt millor l'atenció dels fillets i de les filletes (tutora de primer de primària).*

A secundària l'experiència també va ser ben valorada, tot i que la receptivitat de l'alumnat no és la mateixa: *els alumnes varen entendre molt bé els objectius de l'activitat, tot i que quan els ho varen explicar no ho varen veure amb gaire bons ulls; després, durant l'activitat, hi varen participar activament i el seu comportament va ser molt adequat (tutor de segon d'ESO).*

4.3. Eivissa: experiència intergeneracional

El curs 2009-2010 a la Universitat Oberta per a Majors de la Seu de la UIB d'Eivissa, dins la programació de les cinquanta hores totals del curs, hi ha hagut un mòdul dedicat a una experiència intergeneracional.

El mòdul ha constat de quatre hores, dividides en dues sessions de dues hores. La primera sessió va ser introductòria al món de l'educació i al tema de les experiències intergeneracionals. La segona sessió va consistir en l'intercanvi mateix entre els alumnes de la UOM i els alumnes de cinquè d'educació primària del Centre d'Educació Infantil i Primària Sa Graduada (Eivissa).

El tema que es va triar per a l'intercanvi va ser un de compartit per tots els que vàrem participar en el projecte: l'Eivissa antiga. Així, l'enriquiment de l'experiència era doble: per una banda, la trobada, i per l'altra, el tema, ja que en una escola on la majoria de l'alumnat és immigrant, conèixer el passat més immediat de la terra en què viuen pot ser de gran importància.

Els quatre estudiants de la UOM participants en l'experiència són quatre dones, cada una amb un perfil concret, adient per al tipus d'experiència que iniciàvem:

- Una d'elles ja participa en una ONG com a voluntària especialment activa i compromesa amb l'organització. Per tant, ja té costum de participar en activitats on les habilitats socials i l'autonomia personal són competències bàsiques per al participant.
- Una altra escriu assíduament relats i poesia, i participa en activitats culturals de difusió i foment de la llengua i cultura pròpia d'Eivissa. Per tant, el tema de l'intercanvi li era atractiu i motivador, i s'hi sent prou compromesa com per participar en una experiència com la que es plantejava.
- Una altra està molt decidida a ampliar les seves aficions i activitats socials i culturals, i especialment oberta a les propostes innovadores que se li plantegin. Per tant, va rebre molt positivament la proposta i va ser una de les més decidides a participar-hi i la que va acabar d'animar a participar les altres companyes.
- I l'última se sent especialment compromesa amb la Universitat Oberta per a Majors i la seva actitud és sempre favorable perquè els projectes de la UOM puguin sortir endavant gràcies a la col·laboració de tots. Per tant, amb aquesta activitat no va fer una excepció, i de nou va donar suport, com sempre sol fer.

La sessió preparatòria es va dividir en dues parts: una primera de debat sobre educació, i una segona part de concreció de temes i activitats per tractar amb els alumnes. Aquesta sessió, atès que estava dins el programa del curs, era oberta per a tots els alumnes, i evidentment no es va tancar només als alumnes disposats a fer l'intercanvi pròpiament dit.

Per tant, l'assistència va ser la regular en qualsevol altre mòdul del curs, i es podia veure un interès generalitzat pel tema. De fet, la participació del gran grup en aquesta sessió va ser molt enriquidora per a l'intercanvi, i les idees varen venir de tots els membres del curs i no sols de les alumnes participants en l'intercanvi.

Per a la primera part de la sessió, de només una hora de durada, es va fer una presentació amb les referències a molts de temes clau en el nostre sistema d'educació. El motiu d'una llista tan llarga no era amb la intenció de tocar-ho tot, perquè lògicament era impossible, però sí intentar concentrar l'atenció dels participants a partir del tema que fos de més interès per a ells. I probablement aquest raonament va ser encertat, perquè, entre tots, es va dedicar més temps a dos temes en concret: el paper de les famílies i la seva col·laboració en l'educació dels fills, i el paper de les tecnologies de la informació i la comunicació en la integració a les aules.

Sota el títol *Els Reptes de l'Educació del Segle XXI: Pinzellades per al debat*, es va presentar tota la següent llista de temes. De tota aquesta llarga llista només es va arribar fins a la meitat dels temes, gràcies a la gran participació i intervenció de tot l'alumnat present.

- Tenim escoles del segle XIX, professorat del segle XX i alumnes del segle XXI, Francesc Imbernon. Eivissa, 2009
- Podria un metge del segle XIX treballar en un hospital del segle XXI?
- Podria un mestre del segle XIX treballar en una escola del segle XXI?
- Podria també treballar en una en una classe d'ordinadors com les actuals?
- Escolaritat obligatòria: 6-16?
- En canvi, l'abandonament escolar és preocupant...
- Aprenentatge al llarg de la vida
- Flexibilitat, treball en grup... Competències per a la feina i la vida
- La formació professional i la universitat
- Nou paper del docent
- Integració: tots junts a l'escola...
- Pluriculturalitat i el plurilingüisme
- Convivència
- Les famílies: com són i com col·laboren en l'educació dels fills?
- L'aprenentatge de llengües estrangeres
- Saber només? O també saber fer, saber ser i saber conviure?
- Un exemple de saber fer...
- La metodologia
- L'avaluació?
- La religió: dins o fora? Una o totes? I els símbols?
- L'horari, el calendari, les activitats...
- Infraestructures, transport escolar, recursos humans...

- De l'escolarització total a la qualitat del sistema educatiu: com a producte o procés?
- I tot això, per què? Formam només caps? O persones per a un món millor?
- Molts obstacles per saltar...
- Pacte per l'educació?
- El camí és llarg, però les primeres passes ja estan fetes... Arribarem a alguna banda?

Durant la segona part de la sessió, d'una altra hora de durada, es varen concretar els temes per treballar de cada una de les participants en l'intercanvi. El tema de l'intercanvi ja estava previst i anunciat amb bastant de temps d'antelació, perquè els alumnes de la UOM poguessin haver pensat sobre el tema i aportar idees ja més o menys consistentes per a la sessió preparatòria. Per tant, així no és difícil d'entendre que en una hora es fes la proposta de temes per tractar amb els alumnes i el repartiment entre les participants. Cada alumna es va comprometre a aportar algun tipus de material visual per donar suport a la seva intervenció amb els alumnes, perquè els fos més fàcil concretar el tema que se'ls plantejava. Les fotos i el muntatge d'aquestes les varen aportar les persones que coordinaven l'experiència.

La selecció i el repartiment de temes va quedar de la manera següent:

- Comparació d'imatges d'Eivissa ara i abans
- Hàbits i rutines de la vida diària de l'Eivissa d'abans
- Conte tradicional
- Ball pagès, vestits, joieria i menjars tradicionals

La preparació de l'experiència, a més de tenir una part preparatòria amb l'alumnat de la UOM, també va tenir una part de preparació amb la mestra tutora del grup de primària. Així, hi va haver una reunió prèvia a la sessió preparatòria al curs de la UOM i a l'intercanvi mateix, en què es varen acordar temes per tractar i possibles activitats. A més, a proposta de la pròpia mestra, es va acordar que l'intercanvi fos mutu, i que els alumnes de primària també tinguessin l'oportunitat no sols de preguntar als alumnes de la UOM, sinó d'aportar els seus propis temes a la sessió.

Els temes proposats per l'alumnat de primària eren un poc paral·lels als dels alumnes de la UOM: els hàbits i rutines de la seva vida diària i la descripció de l'educació a l'escola d'avui, destacant allò que els involucra directament, com els projectes en què participen, les activitats que realitzen, els recursos de què disposen, amb especial atenció a les tecnologies de la informació i la comunicació.

També es va proposar que els alumnes de primària, a partir de la sessió, realitzassin algun tipus d'activitat sobre els temes plantejats pels alumnes de la UOM. Però, atès que la sessió va ser el 27 de maig, és a dir, senzillament, final de curs, va ser impossible dedicar més temps a l'experiència de l'intercanvi, i no es va poder fer l'activitat.

La sessió de l'intercanvi estava inicialment prevista com una sessió d'una hora de durada, de les deu a les onze hores del matí. Però, com que la sortida al pati dels alumnes és a les onze i mitja, ja es calculava que, si la sessió anava bé, i el diàleg era fructífer, la sessió es podria allargar fins a l'hora del pati dels alumnes. I així va ser: la trobada funcionava i no va ser difícil, arribades les onze hores, decidir que podíem allargar mitja hora més la sessió.

La sessió es va dur a terme seguint el que s'havia previst. Primer varen intervenir els alumnes de la UOM, en l'ordre que ja havíem decidit, i després varen intervenir els alumnes de primària. Tanmateix, pel que fa a la intervenció de cada alumna gran, la resta també podia completar-la amb altres comentaris, així com els alumnes de primària podien intervenir, i comentar o preguntar en qualsevol moment. Passats els primers moments, sempre més freds i difícils de manejar emocionalment, el desenvolupament de l'activitat fou cordial, amè i motivador per als dos grups d'alumnes. També fou d'especial interès per als coordinadors de l'activitat i la tutora del grup, perquè era la primera vegada que participaven en un encontre d'aquest tipus.

La sessió va anar com s'havia previst, sense cap problema de comunicació ni de disciplina a l'aula. Tot el contrari, els alumnes de primària varen rebre el grup amb molta il·lusió i simpatia i amb molta capacitat empàtica per entendre les històries que se'ls contaven i el paper dels grans en l'activitat. Tal vegada, podríem destacar l'emoció que va sentir una de les alumnes de la UOM, que per alguns moments li impedí de començar a parlar, i la consegüent sorpresa dels alumnes de primària. Una vegada superat aquest primer moment, la fluïdesa del diàleg va ser la seva principal característica per destacar.

Finalment, com a curiositat de l'encontre, caldria destacar les dificultats, en alguna ocasió, per entendre el vocabulari que empraven les alumnes grans. Totes les alumnes de la UOM que participaven en l'experiència són d'origen eivissenc, amb un profund coneixement dels costums i tradicions de la terra. D'aquest coneixement destaca l'ús de la llengua, i tot i ser l'eivissenc dialecte del català, té nombroses diferències en el lèxic amb el català estàndard, normalment la varietat que s'aprèn a les escoles. Tanmateix, no es va tractar només d'un ús de paraules pròpies del dialecte, sinó d'expressions d'àmbit local amb marcat significat sociocultural –difícil d'entendre per alumnes immigrants o fins i tot per alumnes residents a l'illa des del naixement, però amb poc contacte amb persones de contextos més propers a la cultura tradicional de l'illa.

Els recursos que es varen utilitzar per desenvolupar les sessions varen ser:

- a) Presentació en PowerPoint per a la primera part de la sessió sobre temes generals d'educació:
<http://reflexionsperamestres.blogspot.com/2010/05/pinzellades-per-al-debat.html>

- b) Fotografies antigues que es varen mostrar per fer la comparació entre l'Eivissa d'avui i la de mitjan segle XX:
<http://www.verfotografias.com/2010/03/31/ibiza-de-antes-ibiza-de-hoy-1%C2%AA-parte/>
- c) Propostes didàctiques sobre temes diversos en relació amb la cultura pròpia d'Eivissa i Formentera que es poden trobar al bloc de recursos de l'APREP i que es varen comentar com a suport als diferents temes per presentar als alumnes de primària:
<http://apreprecursos.blogspot.com/2010/04/ball-pages.html>
<http://apreprecursos.blogspot.com/2009/12/bon-nadal-i-bon-any-nou.html>
<http://apreprecursos.blogspot.com/2009/11/dia-de-tots-sants.html>
<http://apreprecursos.blogspot.com/2008/09/joies-deivissa.html>

L'experiència es pot valorar, en general i sens dubte, com un èxit total, tant per l'entusiasme dels alumnes de la UOM com pel dels alumnes de primària. Lògicament, si es valora també la quantitat d'alumnes participants, l'èxit ja no és tan rotund, pel petit nombre final de participants. Vista l'experiència d'enguany, podria ser que en properes edicions de l'experiència s'animarien a participar-hi més alumnes de la UOM.

Com a propostes de millora per a futures edicions, bàsicament, com a mínim, s'hauria d'estudiar el temps dedicat a aquest mòdul dins el cicle. Si enguany ha consistit en dues sessions, una preparatòria i la de l'intercanvi pròpiament dit, una proposta de millora seria ampliar-la amb una sessió més, després de l'intercanvi, per poder valorar amb els alumnes de la UOM el desenvolupament de l'experiència.

Tanmateix, posats a fer un disseny complet d'una nova proposta millorada, per ser més ambiciosos, el mòdul podria constar de quatre sessions, amb aquesta seqüenciació:

- Primera sessió: debat sobre educació per augmentar el grau d'implicació en la temàtica educativa dels alumnes de la UOM.
- Segona sessió: selecció del tema, organització dels punts per tractar, repartiment de tasques i selecció dels materials per aportar a l'intercanvi.
- Tercera sessió: intercanvi. Tot i que totes les sessions de tots els mòduls són de dues hores, en aquest cas, cal mantenir la durada en una hora o com a màxim una hora i mitja, com ja s'ha fet en aquest curs escolar.
- Quarta sessió: valoració de l'experiència. Es podria tenir en compte la possibilitat que aquesta sessió no es fes la setmana següent a l'experiència, perquè doni temps als alumnes de primària a fer algun tipus de treball a partir de l'intercanvi, i que es puguin portar a l'aula de la UOM per comentar-los. Igualment, per ser justs, es podria mirar de fer alguna cosa a la inversa i que els alumnes de la UOM elaborassin algun tipus de proposta per aportar al grup de primària una vegada acabat l'intercanvi.

5. Conclusions

Aquesta relació de conclusions ha sortit de la unificació de les tres experiències a la UOM. L'experiència intergeneracional de la Seu universitària de Menorca ha estat la que més activitats ha dut a terme, però podem considerar aquestes conclusions extensibles a totes tres experiències.

Les experiències d'intercanvi intergeneracional són positives si els temes per debatre han estat preparats i prèviament consensuats. Preparats per les persones grans i preparats per la classe que les acull; per tant, no pot ser una activitat puntual de caire folklòric sinó quelcom perfectament incardinat en les tasques del centre i en els processos d'ensenyament i aprenentatge dels nins i de les nines. Això implicaria una sistematització d'aquests tipus d'experiències, la selecció dels temes per preparar i desenvolupar cada curs i una rotació dels cursos i de les persones. Creiem que la sistematització i la inclusió d'aquest tipus d'activitat dins les escoles i els instituts aportaria qualitat als processos d'aprenentatge dels alumnes joves i podria significar una important contribució de les persones grans que assisteixen a la Universitat per oferir a la societat els seus coneixements i la seva experiència; és una manera de sentir-se útil molt més enllà de les clàssiques activitats d'oci i temps lliure tan recurrents en el món de la tercera edat.

Els temes han d'estar preparats, han de ser atractius i han de permetre la comparació i la valoració. Però cal evitar valoracions simples; s'han d'evitar els judicis o els prejudicis i l'ús de frases estereotipades sense contrast reflexiu: *aquells temps eren millors, què bé que vivim ara, quins desastre què és tot..., la joventut d'avui en dia està perduda*, i d'altres. Aquest aspecte ha de formar part de la formació prèvia de les persones que han de participar en les experiències intergeneracionals. Creiem que aquest és un aspecte fonamental: evitar valoracions simples, cal avançar en interpretacions complexes, des de diferents perspectives, des de posicions crítiques i alternatives, plantejant-se interrogants, valorant la diferència i la discrepància, convivint amb la dificultat, afrontant el conflicte amb optimisme... Sigui com vulgui, aquestes valoracions, gairebé elaborades de forma inconscient, sempre apareixen, i cal sotmetre-les a la interrogació de la ment; cal dubtar-ne, cal interrogar-les, cal sotmetre-les a pressió per analitzar si són capaces d'aguantar un mínim examen reflexiu. Aquesta tasca s'ha de fer amb totes les generacions; per tant, els fets, els fenòmens i les impressions han de ser contrastats, validats o refutats, si cal. Són molts aquests pensaments poc reflexius: pensar que ara amb el material de què disposen les escoles es pot resoldre gairebé tot és un greu error conceptual, com també ho és pensar com a impossible o impensable que nins i nines anassin separats a classe i els contactes entre ells fossin gairebé inexistent. També són falses les apreciacions que afirmen que abans hi havia més respecte o que abans es treballaven molt millor els valors; la realitat és molt més complexa, els valors han canviat, les persones han canviat, els contextos han canviat, tot ara és més difícil i més complex, cal entendre, analitzar i interpretar les aparents contradiccions que acaben sent complementarietats. Cal

analitzar la pluralitat d'interpretacions, teories i implícits que hi ha darrere cada impressió, cada pensament fugisser.

La vivència personal lligada a l'aprenentatge amb components emocionals i afectius és la més rellevant per aprendre i ensenyar amb significat, amb sentit. Per tant, creiem que l'impacte d'aquestes experiències és notable, perquè porta una gran càrrega emotiva i afectiva que s'ha de saber contrastar adequadament amb la raó i la reflexió. Com que tots els aspectes que contenen i comenten uns i altres porten una forta càrrega emotiva, cal evitar que la reflexió sobre l'emoció es converteixi en una desqualificació cap a la persona; les persones han d'entendre, en aquests contextos, que la reflexió i el contrast no pretenen desqualificar, sinó ajudar-nos a ser millors; és a dir, ajudar-nos a seguir aprenent de forma continuada. Els aprenentatges sòlids no sols milloren la nostra capacitat cognitiva o el nostre camp de coneixement, sinó també ens milloren com a persones i milloren les relacions que mantenim amb els altres. No descobrim res nou, només constatem, una vegada més, que els processos d'aprenentatge s'han de farcir amb components emocionals i afectius. Raó i emoció, afecte i racionalitat són components indestriables dels processos d'ensenyament i aprenentatge.

Aquest tipus d'experiència ha de tenir continuïtat en el temps i s'ha de sistematitzar com a part fonamental dels processos d'ensenyament i aprenentatge entre persones de diferents generacions. La programació dels centres educatius, dels casals de gent gran i de les residències de tercera edat i els programes universitaris per a persones grans haurien d'incloure aquests intercanvis com a part consubstancial dels processos d'aprenentatge.

Els comentaris i exposicions a partir de materials reals, propers a les vivències de les persones, amb càrrega afectiva inclosa, esdevenen eines de suport bàsiques per fer més atractives les exposicions i generar un debat més intens, fluid i interessant: una joguina de quan eren petits, un llibre que va copsar el nostre interès, un joc actual, un joc d'ordinador o els jocs d'una videoconsola esdevenen eines d'intercanvi i d'aprenentatge mutu entre generacions. El descobriment de l'objecte, la seva presentació en públic, l'explicació de les seves característiques, la relació que hi hem mantingut, les potencialitats que presenta són qüestions força interessants per potenciar l'intercanvi de coneixements entre generacions i aprendre a situar-nos, tots, petits i grans, davant coses noves que no coneixem, que ens obliguen a atiar la nostra capacitat d'aprenentatge i a superar-nos sense posar massa entrebancs; en aquest cas també cal superar vells tòpics i frases fetes sense cap fonament científic, com *jo no serveixo per a les màquines, això no és fet per a mi, això no ho sabré fer mai...* Afirmacions, totes aquestes, a les quals donam total fiabilitat i certesa, i no aguanten la més mínima anàlisi reflexiva.

Finalment, cal fer convergir i aprofitar les aportacions dels intercanvis intergeneracionals com a punts de partida per construir nous coneixements i teoritzar. Massa vegades hem

pogut constatar com determinades anècdotes utilitzades com a exemple es converteixen en referents únics d'algun fet; els mestres que dirigeixen les sessions d'intercanvis intergeneracionals han de saber construir teoria i elaborar models explicatius a partir de les aportacions de tots els protagonistes. Els mestres han de saber anar més enllà del que es diu amb la intenció de relacionar determinats fets i vivències amb períodes concrets de la història, amb teories i lleis generals i amb sistemes conceptuals molt més amplis. Cal evitar que l'anècdota i l'explicació simple es converteixin en únics referents; per això cal un treball posterior molt més profund del mestre que permeti interpretar i situar, que permeti construir nou coneixement a partir de les aportacions. El mateix cal fer amb les persones grans: cal ajudar-les a interpretar més enllà dels fets observats; qualsevol fet, comentari o anècdota pot servir per il·lustrar una teoria, pot permetre entendre i contextualitzar el moment evolutiu en què es troba un nin o una nina, i entendre per què diu o fa unes coses i no unes altres. Aquesta tasca és la que podríem identificar com a pensament superior, aquell que ens permet a tots aprendre millor, millorar els propis processos d'aprenentatge i reflexionar sobre la manera com aprenem, l'anomenada metacognició.

No hi ha dubte, les trobades intergeneracionals ens permeten aprofitar el bagatge i l'experiència de les persones, i ens apropam a realitats diferents. Tot plegat, ens permet teixir complicitats entre generacions, entre persones de diferents edats, procedències, cultures, tarannàs, interessos i motivacions; entre gent gran i gent petita, entre adolescents i avis, entre estudiants universitaris i entre persones que just varen aprendre de llegir i escriure o persones que ara poden anar a la Universitat, però que durant la seva infantesa no varen poder accedir a l'educació obligatòria considerada bàsica. De fet, entre les persones que acudeixen a la UOM n'hi ha que just saben llegir i escriure i algunes d'elles no varen poder anar a escola mai, ja que varen haver de treballar per tirar endavant les seves famílies. Oferir-los, ara per ara, aquesta oportunitat és un luxe, però també una obligació a la qual no podem renunciar.

Referències bibliogràfiques

- Drenning, S. i Getz, L. (1992) «Computer Ease». *Phi Delta Dappan*, 74: 471-472.
- Hattan-Yeo, A. i Ohsako, T. (2001) «Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional». Hamburgo: Instituto de Educación de la UNESCO.
- MacCallum, J.; Palmer, D.; Wright, P.; Cumming.Potvin, W.; Northcote, J.; Booker, M. i Tero, C. (2006) *Community building through intergenerational exchange programs*. Australia: National Youth Affairs Research Scheme.
- Manheimer, R. J. (1997) «Generations learning together». *Journal Gereontological Social Work*. Núm. 28: 79-91.
- Manheimer, R. J.; Snodgrass, D. D. i Moskow-Mckenzie, D. (2002) «Generaciones aprendiendo colaborativamente». A: J. SÁEZ (coord.) *Pedagogía social y programas intergeneracionales: educación de personas mayores*. Málaga: Ediciones Aljibe, SL.
- Newman, S. i Sánchez, M. (2007) «Els programes intergeneracionals: concepte, història i models». A: M. SÁNCHEZ (dir.) *Programes intergeneracionals. Cap a una societat per a totes les edats*. Barcelona: Obra Social de la Fundació "la Caixa", col·lecció Estudis Socials, número 23.
- Pinazo, S. (2006) «Relaciones sociales». A: C. Triadó i F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*, pàg. 253-285. Madrid: Alianza Editorial.
- Pinazo, S. i Kaplan, M. (2007) «Els beneficis dels programes intergeneracionals». A: M. Sánchez (dir.) *Programes intergeneracionals. Cap a una societat per a totes les edats*. Barcelona: Obra Social de la Fundació "la Caixa", col·lecció Estudis Socials, número 23.
- Pinazo, S. (2009) «Beneficios de los programas intergeneracionales». *Revista Espai Social*, número 9, II època, 13-16. València.
- Sáez, J. (2002) «Hacia la educación intergeneracional. Concepto y posibilidades». A: J. SÁEZ (coord.) *Pedagogía social y programas intergeneracionales: educación de personas mayores*. Málaga: Ediciones Aljibe, SL.
- Sánchez, M. i Díaz, P. (2005) «Los programas intergeneracionales». A: S. Pinazo i M. Sánchez (dir.): *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Àrees d'estudi: l'ús de les noves tecnologies i la qualitat de vida en les persones grans, i les relacions intergeneracionals en educació.

PERE ALZINA SEGUÍ

Alaior, 1960. Diplomat en Magisteri, llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Coordinador dels estudis de Mestre a la Seu de la UIB a Menorca. Àrees d'estudi: atenció a la diversitat, aprenentatge cooperatiu i història de l'educació. Membre de l'Institut Menorquí d'Estudis i assessor de formació.

GEMMA TUR FERRER

Eivissa, 1977. Diplomada en Magisteri i llicenciada en Ciències de l'Educació per la UNED. Professora associada de la Facultat d'Educació de la UIB a la Seu d'Eivissa. Actualment, la seva àrea d'estudi és la tecnologia educativa.

**INVISIBILITAT DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE
EN LES DONES GRANS A MALLORCA**

Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca

Carmen Orte Socias
Lydia Sánchez Prieto

Resum

En aquest document tractam el tema de la violència de gènere en les persones grans en un context familiar, en un context domèstic. Encara que la violència existeix en tots els grups d'edat, tot just es disposa de dades epidemiològiques de la violència en la dona gran; no hi ha dades de serveis o programes específics destinats a aquest grup d'edat. La violència de gènere en la dona gran no forma part del discurs del maltractament a la dona, de manera que és una problemàtica individual i social invisible. Això és així al nivell de la seva presència, les necessitats de les persones afectades i les respostes per part de les institucions. Amb la finalitat de contribuir a la seva visibilitat, fem una revisió exhaustiva sobre el tema, que permeti conèixer-ne i aprofundir-ne les característiques: conceptualització, epidemiologia, barreres a la sol·licitud d'ajuda, característiques de la intervenció i suggeriments de futur.

Resumen

En este documento tratamos el tema de la violencia de género a las personas mayores en un contexto familiar, en un contexto doméstico. Aunque la violencia existe en todos los grupos de edad, apenas se dispone de datos epidemiológicos de la violencia a la mujer mayor, ni de servicios o programas específicos destinados a este grupo de edad. La violencia de género en la mujer mayor no forma parte del discurso del maltrato a la mujer, de forma que es una problemática individual y social invisible. Ello es así a nivel de su presencia, las necesidades de las personas afectadas y las respuestas por parte de las instituciones. Con la finalidad de contribuir a su visibilidad, aportamos una revisión exhaustiva sobre el tema, que permita conocer y profundizar sobre sus características, conceptualización, epidemiología, barreras a la solicitud de ayuda, características de la intervención y sugerencias de futuro.

De forma general, es reconeix que la violència contra les dones és un problema social important al qual es dediquen amplis recursos de tipus legislatiu, econòmic, social, mèdic, d'investigació, etc. No obstant això, el grup d'interès al qual tradicionalment s'han destinat són les dones joves, amb escassa atenció per la violència contra les dones grans. Això és així malgrat l'evidència que la violència existeix en tots els grups d'edat (Vinton, 2001). És per això que amb prou feines es disposa de dades epidemiològiques de la violència a la dona gran i tampoc de programes o serveis específics, atès que la violència contra la dona gran s'inclou en una categoria general: abús contra les persones grans, que n'ha invisibilitzat la presència, les necessitats i les respostes corresponents.

No obstant això, el maltractament i l'abús a les persones grans es produeix, pren formes variades, implica diferents relacions i ocorre en diversos tipus de contextos. En aquest

document ens centrarem en la violència de gènere en les persones grans en un context familiar, en un context domèstic.

1. Característiques del maltractament de gènere en la dona gran

El maltractament de gènere en la dona gran és una problemàtica que, tal com reflecteix la bibliografia al nostre país, no ha generat interès, ni des de la investigació ni des de la pràctica, malgrat ser un problema important per a les dones que el pateixen. És un problema que té conseqüències negatives en molt diferents esferes de la vida de la dona, que afecta i compromet la seva salut, la seva seguretat, la seva dignitat i la possibilitat de prendre les seves pròpies decisions presents i futures.

Un aspecte a tenir en compte molt vinculat a la falta d'investigació, reflexió, debat i guia pràctica sobre el tema del maltractament en la dona gran, fa referència a la seva conceptualització. El maltractament de gènere a la dona gran es dilueix en el maltractament de persones grans en general, la violència domèstica i l'abús en la vellesa. Així doncs, les necessitats específiques de les dones grans que sofreixen o han sofert violència física, sexual o emocional o abús econòmic per part de la seva parella o exparella, no s'han tingut en compte. S'assumeix que, a partir dels 60 anys (fins i tot a partir dels 45 o els 50 anys), la violència de gènere s'acaba. A simple vista això és el que pot semblar, però una mirada a les estadístiques nacionals de denúncies per maltractaments produïts per la parella o exparella segons grups d'edat i prenent com a referència els 64 anys o més, dona 968 casos el 2007, i comparant les dades (per al mateix any) amb qualsevol altre grup d'edat entre els 18 i els 50, dona, per exemple, 21.567 casos de maltractaments en el tram d'edat de 31-40 anys.

No obstant això, una altra dada que ens pot donar més informació per veure si el maltractament acaba als 60 o no, és el nombre de dones mortes per violència de gènere a mà de la seva parella o exparella d'aquesta mateixa edat, 64 anys o més (10 dones el 2007). Un percentatge desmesurat, més de 0 sempre ho és, però molt més si ho comparam amb els 15 casos de mort en el tram de 31-40 anys, perquè els percentatges no resisteixen la comparació.

El maltractament no acaba als 50 ni als 60, encara que sí que existeix una percepció generalitzada que el maltractament de gènere és un problema de la dona jove, que cessa en l'edat madura. Aquesta percepció distorsionada ha provocat una absència d'informació sobre les necessitats específiques de les dones grans maltractades a partir d'aquesta edat.

El que ens diuen aquestes dades estadístiques és que el maltractament no es denuncia, o es denuncia menys a partir d'aquesta edat. Les raons són diverses. Encara que en el nostre context ja hem comentat que hi ha una gran falta de bibliografia científica sobre

aquesta qüestió, no disposam de dades empíriques ni quantitatives ni qualitatives que ens permetin aprofundir sobre les necessitats i demandes d'aquest grup d'edat. Amb tot, sí que sabem, pels estudis que s'han dut a terme, per esmentar-ne alguns dels més recents, en altres països com els Estats Units, el Canadà, Austràlia o el Regne Unit, que les dones de 50 anys o més que són maltractades, ho són en més percentatge del que reflecteixen aquestes dades i, en la majoria de casos, des de fa dècades.

Les raons per no informar sobre el maltractament són de molts tipus: d'entrada, cal tenir en compte que, abans de la dècada de 1980, hi havia diversos factors polítics, socials i culturals que es combinaven i feien que la violència de gènere no fos considerada un comportament punible -cosa que afavoria que moltes dones sofrissin en silenci. Per a moltes dones que ara tenen 60 anys o més això és encara la norma. També la consciència del problema és baixa, tant en la dona que el pateix com en la seva família, els professionals de l'àmbit relacionat amb els serveis d'atenció generals i especialitzats i també a nivell de percepció social. Per aquest motiu potser és menys freqüent la denúncia del maltractament entre les persones més grans que en altres grups d'edat més joves.

Així, en el cas de la dona que sofreix o ha sofert violència per part de la seva parella, pot ser o bé perquè es tracta d'un maltractament que es va iniciar aviat i ha continuat durant molts anys; o bé perquè es tracta d'un maltractament que s'ha produït en una nova relació de parella en l'edat tardana, o bé perquè es tracta d'un maltractament que s'ha anat agreujant amb els anys de la parella, algunes vegades vinculat a la jubilació, alguna discapacitat, el canvi de rols dels membres de la família o els canvis sexuals (Phillips, 2000). Haver patit durant molts anys aquest maltractament pot fer pensar que aquest comportament forma part de la normalitat de la relació. Reconèixer-ho pot produir vergonya en la majoria de casos, però l'impacte sobre la dona gran s'associa amb diversos problemes i riscos que no estan presents o no són els mateixos en el cas de la dona més jove. D'altra banda, hi ha la qüestió de les alternatives, quan les qüestions financeres i de recursos no estan resoltes i costa abandonar la llar familiar en la qual s'ha viscut tota la vida o deixar el rol que s'ocupa dins de la família, en molts casos com a cuidadores principals enmig de diverses generacions, que forma part de gairebé l'únic que es té.

D'altra banda, la majoria de serveis estan pensats per al perfil de dones que reflecteixen les estadístiques de què disposam, dones joves en edat de criança, la majoria de vegades amb fills a càrrec seu. D'aquí l'absència de serveis i programes destinats a les dones grans maltractades, i amb això la falta de resposta adequada a aquesta problemàtica. El maltractament de gènere en la dona gran necessita ser reconegut com a tal, i no com un subtípus de maltractament a les persones grans, necessita explorar-se a fons com mereix. També necessita alternatives innovadores que puguin donar resposta a les seves necessitats específiques, no només per raons d'edat, sinó també per raons derivades de les seves dificultats físiques, socials o culturals.

2. Una reflexió sobre el concepte de maltractament de gènere en la dona gran

Tal com comentàvem, en referir-nos a la violència de gènere en l'àmbit domèstic o familiar, alguns autors consideren la violència de gènere a la dona gran en el context de la violència domèstica en la vellesa, o com un subtipus d'abús a les persones grans. Així, respecte a la primera, es considera que es produeix quan una persona utilitza el poder i el control per infligir lesions o danys de tipus físic, sexual, emocional o financer a una persona adulta amb la qual es manté una relació continuada. Els agressors inclouen marits, companys, fills adults, família extensa, i, en alguns casos, cuidadors. Aquesta situació ocorre en totes les comunitats i afecta les persones pertanyents a diferents grups ètnics, culturals, racials, econòmics i religiosos. Encara que la majoria de víctimes són dones, els homes també poden sofrir dany. L'abusador utilitza un patró de tàctiques coercitives, tals com l'aïllament, les amenaces, la intimidació, la manipulació i la violència per guanyar i mantenir el poder i controlar les seves decisions.

Respecte a la relació entre violència domèstica i el maltractament i abús a les persones grans, en molts casos la violència domèstica es considera com un subtipus de violència a les persones grans, definida aquesta última pel fet d'incloure abús físic, emocional i sexual, explotació financera, negligència, autonegligència i abandó. La distinció respecte a la violència domèstica és la utilització abusiva del poder i el control per un marit o company o una altra persona coneguda per la víctima. Tant el maltractament de la parella o exparella com el maltractament per part d'un membre de la família aglutina els més grans percentatges de maltractament a la dona gran (Lundy i Grossman, 2005; Klein et al., 2008). De totes maneres i encara que a l'hora d'intervenir es tracta de maximitzar la capacitat dels serveis d'atenció per respondre a les necessitats de les víctimes i no demanar-se si es tracta d'un cas de violència domèstica, de violència de gènere o d'abús de persones grans, és evident que és molt important conèixer les necessitats de les víctimes en diferents situacions de maltractament per poder ajustar-hi de forma més adequada les respostes i no passar-les per alt.

D'aquesta forma, el maltractament en les dones grans es qualificava de forma genèrica com a maltractament a la persona gran i no com a violència domèstica o violència de gènere, donant preponderància a l'edat com a desencadenant principal dels abusos a les dones a partir dels cinquanta anys o més (Hightower et al., 2001).

Amb tot, d'acord amb els treballs de Pillemer i Finkelhor (1998), resultat del primer estudi a gran escala del maltractament i abandó, a partir d'entrevistes realitzades a 2020 persones grans de l'àrea metropolitana de Boston, la taxa de prevalença del maltractament en general va ser de 32 persones grans per cada 1.000, sent les parelles o exparelles els abusadors més probables.

No obstant això, la disponibilitat de dades no ha afavorit el desenvolupament d'una anàlisi de gènere, que alguns autors atribueixen a prejudicis contra les persones grans dins del

moviment de dones i al fracàs de les feministes a l'hora d'interessar-se per les dones grans, obviant la construcció social i cultural de l'abús (Hightower, 2002, a Nerenberg, 2002).

Sobre aquest tema, el fòrum electrònic de discussió Aspectes de Gènere de la Violència i l'Abús de les Persones d'Edat, realitzat l'abril de 2002 per l'Institut Internacional d'Investigacions i Capacitació per a la Promoció de la Dona (INSTRAW), va explorar el paper del gènere en el maltractament a persones grans. Els participants de tot el món destacaven les importants barreres culturals i institucionals per detenir l'abús contra les dones grans.

La importància del maltractament a les persones grans, incloent la dimensió de gènere, també s'inclou en la crida a l'acció de la Declaració de Toronto, resultat de la reunió d'experts patrocinada pel Govern d'Ontario, Toronto, el 17 de novembre de 2002:

- «Falten marcs legals. Quan s'identifiquen casos de maltractament d'ancians, sovint no poden abordar-se per falta d'instruments legals apropiats per respondre-hi.
- La prevenció del maltractament de les persones grans requereix la participació de múltiples sectors de la societat.
- Els treballadors de la salut d'atenció primària tenen un paper particularment important, ja que s'enfronten amb casos de maltractament d'ancians en forma quotidiana encara que sovint no els diagnostiquen com a tals.
- És vital l'educació i disseminació de la informació –tant en el sector formal (educació a professionals) com a través dels mitjans de comunicació (combatre l'estigma, abordar els tabús i ajudar a eliminar els estereotips negatius sobre la vellesa).
- El maltractament de les persones grans és un problema universal. Les investigacions realitzades fins ara demostren la seva prevalença, tant al món desenvolupat com als països en desenvolupament. En tots dos casos, el victimari sol ser conegut per la víctima, i és dins del context familiar i/o en "la unitat on es proveeixen les cures", on ocorren la majoria dels casos de maltractament.
- És fonamental una perspectiva cultural per comprendre en profunditat el fenomen del maltractament –és a dir, el context cultural en qualsevol comunitat particular en la qual ocorre.
- És igualment important considerar una perspectiva de gènere, ja que les complexes construccions socials relacionades ajuden a identificar el tipus de maltractament i qui l'infligeix.

- En qualsevol societat alguns grups de la població són particularment vulnerables al maltractament i abús de les persones grans –com els molt ancians, els que sofreixen discapacitats funcionals, les dones i els pobres.
- En definitiva, el maltractament de les persones grans només es podrà prevenir en forma eficaç si es desenvolupa una cultura que afavoreixi la solidaritat intergeneracional i que rebutgi la violència.
- No és suficient identificar els casos de maltractament de les persones grans. Tots els països han de desenvolupar les estructures que permetin la provisió de serveis (sanitaris, socials, de protecció legal, policials, etc.) per respondre de forma adequada i eventualment prevenir el problema» (Organització Mundial de la Salut, 2003).

Amb tot, i tal com es desprèn de bona part dels treballs revisats aquí, tenir en compte el gènere en el context del maltractament a la dona gran és un aspecte que ha d'investigar-se amb més interès, encara que potser no sigui suficient. Per contra, suggereixen que l'abús de persones grans representa una convergència de factors de gènere i altres de relacionats amb l'edat, la discriminació i els desavantatges associats, al costat de les percepcions negatives i els estereotips sobre les dones d'edat que contribueixen a l'aïllament, la marginació i el reforç de la violència.

Com recull el treball de Buchbinder i Winterstein, 2004 (a Bergeron, 2001), sobre les experiències de dones grans entre seixanta i vuitanta anys d'edat per afrontar i sobreviure el maltractament, aquest tipus de construccions teòriques orienten les polítiques, les pràctiques i els aspectes legals d'aquest fenomen, utilitzant un vocabulari neutral pel que fa a la víctima i ignorant així les diferències de poder entre homes i dones. D'aquesta manera, les dones es converteixen en víctimes invisibles fins i tot per a les organitzacions que treballen amb dones maltractades. És així com el sexisme i la discriminació per l'edat cobren rellevància en aquest col·lectiu. Cal anar amb compte amb els prejudicis, amb les actituds basades en creences sense més fonament que el pes d'un grapat d'informacions o generalitzacions no contrastades, les quals influeixen sobre els estereotips i expectatives socials. Condicionen el destí d'aquestes dones, no permetent-los la possibilitat de sortir de la seva situació, perpetuant la seva indefensió i comprometent el seu futur.

En aquest sentit, són diversos els treballs dedicats a evidenciar el significat i les conseqüències de la qualificació de la violència a la dona com a maltractament en la persona gran (Scott et al., 2004; Hightower et al., 2008), projectant una imatge de la dona de fragilitat, dependència i de problemes de salut física i mental. Són acostaments que reforcen línies d'intervenció en les quals la dona maltractada té un paper secundari per raons d'edat i de gènere. Generen respostes paternalistes i medicalitzades, ignorant la criminalitat d'aquests actes i el tipus de relació que l'agressor manté amb la seva víctima.

Així doncs, es potencia la idea que la víctima és la que té problemes i dificultats que la fan «difícil» de tractar, disminuint la responsabilitat de l'agressor pels seus actes de maltractament i orientant els programes destinats a l'abús de la gent gran a alleujar l'estrès del cuidador. Alguns autors (Brandl i Noran, 2002, a Scott et al. 2004) fins i tot assenyalen el risc d'aquest tipus d'enfocaments en els quals no es garanteix de forma adequada la seguretat de les dones, els prescriuen medicació inadequada, com antidepressius o sedants des d'aquest enfocament medicalitzat, els donen orientacions de teràpia de parella en lloc de recursos específics com centres d'acolliment d'urgència, programes d'intervenció en crisi, planificació de seguretat, consells i grups de suport, donant d'aquesta forma suport a l'agressor i deixant l'abús sense tractar.

3. Una aproximació a l'epidemiologia del maltractament a la dona gran

La violència de gènere és un problema real i alarmant que es produeix a gran escala en la nostra societat, tal com s'ha comentat anteriorment. En les últimes dècades s'han promogut noves polítiques defensores dels drets de les dones i s'ha gestionat una àmplia tipologia de prestacions destinades a protegir-les i a oferir alternatives a la violència viscuda fins en aquest moment. Aquestes actuacions han afavorit que la societat adquireixi consciència d'aquesta necessitat d'intervenir, i la problemàtica ha passat de ser individual a ser comunitària.

A les víctimes hom els ha transmès un sentiment més gran de protecció i de suport social a l'hora de denunciar. No obstant això, la realitat és que encara existeix un gran nombre de víctimes que tenen por a les conseqüències negatives que pot comportar denunciar el maltractament. Aquest temor, la falta de conscienciació que estan sent maltractades, les creences sobre l'abandó de la llar, la falta d'informació, entre molts altres factors, provoquen que no es produeixi el pas de denunciar la situació de maltractaments, cosa que fa que existeixi un important problema a l'hora de comptabilitzar el nombre real de casos de violència de gènere. Es tenen en compte les denúncies registrades, els comunicats de faltes i els assassinats comesos per les parelles o exparelles, no obstant això, la realitat no coincideix amb les xifres reflectides. Per tant, s'ha de tenir en compte que les bases estadístiques només reflecteixen una part de la realitat.

Certament, com s'ha comentat, les noves polítiques socials han impulsat i fomentat que es denunciïn els maltractaments. A l'article «Mujeres y hombres en España», realitzat per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i per l'Institut de la Dona, es reflecteix que mentre que el 2004 es varen presentar 74.144 denúncies de dones, el 2007 va augmentar el nombre a 80.573 denúncies. Una altra dada interessant recollida en aquest article és que sembla que la majoria de les vegades la denúncia es presenta contra el cònjuge o la parella en aquest moment. El 2007 es varen registrar 42.151 denúncies contra la parella i 21.196

contra l'exparella. S'ha d'incidir que, de les 70 morts produïdes, 43 varen ser a mans de la parella o exparella.

D'altra banda, també s'ha de destacar que un gran nombre de denunciants eren estrangeres, ja que de les 63.347 denúncies recollides, 21,083 eren d'estrangeres. Un 48,6% de les morts produïdes durant aquest mateix any eren de dones estrangeres.

Quan es para esment a les edats de les víctimes que denuncien, s'observa que els valors més elevats es troben entre els intervals d'edat de 21 a 40 anys: es tracta del 67,73% de les denúncies presentades. Seguidament, també s'observa una alta freqüència de denúncies entre els 41 i els 50 anys, que representen el 17,45%. Les denúncies de les dones més grans de 64 anys representen solament un 1,53% del total.

Taula 1 | *Denúncies de víctimes de violència de gènere a Espanya segons l'edat durant l'any 2007.*

Edat de les dones	Nre. de denúncies presentades	% de denúncies presentades
Menys de 16 anys	389	0,61
De 16 a 17 anys	960	1,52
De 18 a 20 anys	3.336	5,27
De 21 a 30 anys	21.338	33,68
De 31 a 40 anys	21.567	34,05
De 41 a 50 anys	11.055	17,45
De 51 a 64 anys	3.734	5,89
De 64 i més anys	968	1,53
Total	63.347	100

Font: Dades recollides a «Mujeres y hombres en España», Institut Nacional d'Estadística i Institut de la Dona (2010).

Possiblement, les dades més significatives i alarmants són l'elevat nombre d'assassinats de dones per violència de gènere que es produeixen. Pel que fa al nombre de morts de dones per violència de gènere durant el mateix any, els percentatges respecte a l'edat varien. El major nombre de víctimes (18 morts) es concentren en l'interval d'edat d'entre 21 i 30 anys, seguit d'edats entre 41 i 50 anys. De les 70 morts produïdes, 6 eren dones més grans de 64 anys, que representen un 8,57% del total, percentatge superior al nombre de denúncies presentades per aquestes dones (1,53%).

Taula 2 | *Morts per violència de gènere a Espanya durant l'any 2007.*

Edat de les dones	Nre. de morts	% de morts
Menys de 16 anys	0	0
De 16 a 17 anys	0	0
De 18 a 20 anys	4	5,71
De 21 a 30 anys	18	25,71

De 31 a 40 anys	15	21,43
De 41 a 50 anys	17	24,29
De 51 a 64 anys	10	14,29
De 64 i més anys	6	8,57
Total	70	100

Font: Dades recollides a «Mujeres y Hombres en España», Institut Nacional d'Estadística i Institut de la Dona (2010).

Segons el Centre Reina Sofia i la Universitat Internacional Valenciana a l'informe «Dones assassinades per la parella a Espanya 2009», el nombre de dones assassinades entre 2008 i 2009 va disminuir un 21,05%, ja que el nombre d'homicidis va baixar de 76 dones el 2008 a 60 el 2009. Si s'examina l'evolució de les morts produïdes al territori espanyol durant els últims anys, s'ha passat de 54 morts el 2002 a 71 morts el 2007.

Quant a l'edat, el major nombre de dones assassinades se situava entre 35 i 44 anys (14 dones), seguides de dones amb edats compreses entre 25 i 34 anys (12 dones) i de més de 64 anys (11 dones). S'ha de dedicar una especial atenció al tram d'edat que es correspon amb dones més grans de 64 anys, ja que, tal com es comentava, a pesar que el nombre de denúncies és inferior a la mitjana, els valors de dones assassinades són molt elevats, arribant al 18,64% de morts. L'alt percentatge d'assassinats conjugals i el baix percentatge de denúncies subratllen el silenci i la invisibilitat del maltractament en aquest grup d'edat i la possibilitat que l'abús de la dona de la tercera edat sigui una continuació de l'abús conjugal patit durant molt temps, en la línia comentada per les dades internacionals.

Taula 3 | *Dones mortes per violència de gènere durant l'any 2009.*

Edat	Nre. de casos	% de dones assassinades
Entre 15 i 24 anys	11	18,64
Entre 25 i 34 anys	14	23,73
Entre 35 i 44 anys	14	23,73
Entre 45 i 54 anys	7	11,86
Entre 55 i 64 anys	5	8,48
Més de 64 anys	8	13,56
Edat desconeguda	1	-
Total	60	100

Font: Centre Reina Sofia i Universitat Internacional Valenciana (2009).

D'aquests homicidis, un 45,45% foren comesos pel cònjuge de la víctima, un 18,18% per persones amb les quals conviuen, un 14,55% per exparelles amb qui sortien, un 9,09% per exconvivents, un 7,28% per excònjuges i un 5,45% per parelles amb qui sortien. Un 45% dels agressors eren estrangers, majoritàriament, iberoamericans, dada que infla els valors estadístics.

El nombre de víctimes de la violència de gènere a les Illes Balears és elevat. Tal com recull el treball «Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España» (Ruiz-Pérez, et al., 2009), es visualitzen les diferències existents entre comunitats autònomes respecte a les prevalences de violència de gènere i les seves característiques. En aquest treball es descriu la prevalença global i per comunitats autònomes de la violència per un company íntim, prenent una mostra d'11.808 dones en total. Curiosament, segons s'indicava, les prevalences més altes de dones que havien estat agredides per la seva parella alguna vegada en la vida durant els anys 2006 i 2007, es trobaven a Ceuta i Melilla, amb un 40,2% de dones de la mostra obtinguda, seguides de les Illes Balears, que presentaven un 32,5%. Al seu torn, també es varen donar les prevalences més altes d'agressions fora de la parella a Ceuta i Melilla, amb un 19,8%, i a les Illes Balears, amb un 20,8%. D'altra banda, s'observa la més baixa prevalença a Cantàbria, amb un 6,7%.

S'exposen tres possibles factors pels quals apareixen aquestes diferències entre les comunitats:

- Les característiques individuals de l'agressor i la víctima.
- Les diferències en els ambients socioculturals de la comunitat autònoma.
- La variabilitat en el desenvolupament de polítiques, plans d'igualtat i gènere, a més de l'accessibilitat als recursos socio-sanitaris.

Els autors d'aquest estudi destaquen un fet molt significatiu, ja que, segons sembla, les dades obtingudes per les macroenquestes de l'Institut Nacional de la Dona sempre redueixen en un 60% el nombre de persones que reconeixen ser objecte de violència de gènere. Sembla, segons s'indica, que això es deu al fet que l'obtenció de dades es realitza telefònicament i això pot explicar una disminució en el nombre de dones que reconeixen que han sofert maltractaments.

Durant l'any 2008, el nombre de morts a Espanya va ser de 79, de les quals, una es va produir a Palma i la víctima no es trobava sota la protecció dels cossos de seguretat (Observatori Municipal de la Igualtat, 2009). Segons el Centre Reina Sofia, la comunitat amb un major nombre d'assassinats durant l'any passat va ser Andalusia, amb 16 homicidis, seguida de la Comunitat Valenciana (12 assassinats) i de Catalunya (10 assassinats). A les Illes Balears es va produir un homicidi.

Les dades reflecteixen que dels 4.473 delictes registrats durant 2008, la majoria es podien categoritzar com a lesions i maltractaments, és a dir, un 71,85% dels delictes. La gran majoria dels delictes per lesions i maltractaments es varen produir a Palma (2.246 delictes). La següent tipologia de delictes més freqüents eren contra la llibertat de la víctima (fins a 899 delictes a les Illes Balears i 734 delictes a Palma).

Si s'examinen les dades del tercer trimestre de l'any 2009, presentades per l'Observatori contra la Violència Domèstica i de Gènere i el Consell General del Poder Judicial, destaca una dada per sobre de les altres: 27.986 de les 35.270 denúncies presentades (un 79,2%) varen ser atestats policials. Un 12,2% de les denúncies varen ser objecte d'informe a causa de les lesions, un 7,4% les varen posar les mateixes víctimes, un 1% els serveis d'atenció sanitària i només un 0,2% els familiars de la víctima. Aquestes dades mostren l'escassa involucració dels familiars a l'hora de denunciar un maltractament, pel fet que, encara que de vegades coneguïn la situació de les víctimes, no s'atreveixen a desvelar-lo.

Una de les dades més preocupants d'aquest informe és que un 12,7% de les dones que havien denunciat el maltractament acaben per renunciar al procés. En concret, fins a 4.475 dones van retirar l'acusació i van paraitzar el procés de les 35.270 que l'havien iniciat durant el tercer trimestre de 2009. Si es comparen aquestes dades amb les de 2008, s'observa que fins a 229 dones més no havien volgut seguir amb el procés judicial l'any 2009.

Segons l'informe esmentat, durant el tercer trimestre de 2009 hi va haver 2.120 judicis de faltes, dels quals un 53% varen prendre la via de judicis ràpids de faltes. Entre la tipologia de delictes es pot destacar la de lesions, que aconseguix un 78% del total (28.358 denúncies per lesions). Coincidint amb 2008, les denúncies contra la llibertat de les dones són les següents més freqüents que es varen presentar. A continuació, es pot observar la tipologia de les agressions que es varen produir durant el tercer trimestre de 2009:

Taula 4 | *Tipologia de les agressions comeses.*

Tipologia del delicte	Nre. de delictes	% de delictes
Lesions	28.358	78%
Contra la llibertat	3.195	9%
Contra la llibertat i indemnitat sexual	178	0,5%
Contra la integritat moral	959	2,6%
Contra els drets i els deures familiars	334	1%
Homicidis	28	0,1%
Trencaments penals	617	2%
Trencaments de mesures	955	2,7%
Altres	1.530	4,1%
Total	36.154	100%

Font: Observatori contra la Violència Domèstica i de Gènere i el Consell General del Poder Judicial (2009).

Cal destacar que encara que el nombre total de denúncies va ser de 35.270, a l'hora de descriure-les per tipologia la xifra s'infla perquè, de vegades, en una mateixa denúncia es poden recollir diversos tipus de delictes, com podrien ser lesions i trencaments penals, que sol ser comú.

Respecte a la bibliografia internacional, les dades disponibles conegudes o visibles s'han obtingut a partir de referències molt disperses. De forma general, indiquen que els percentatges de maltractament descendeixen a mesura que augmenta l'edat, encara que alguns estudis suggereixin que tant les dones joves com les grans experimenten violència en la mateixa extensió (Mouton et al. 2004). Així, per exemple, els registres oficials de la policia, aportats per l'estudi de l'institut de salut escocès (Scott et al., 2004), recullen les dades d'incidents de violència domèstica, per edat de la víctima, que han estat objecte d'informe de la policia escocesa el 2001. Del total de casos de violència de parella registrats, el 22,6% de les dones tenien entre 41 i més de 61 anys. El tram de 41-50 anys va registrar un 16,2% i el tram de 51-60 anys un 5,2%, i va ser de l'1,2% a partir de 61 anys o més. Per altra banda, les dades de les enquestes nacionals a víctimes del crim, com la del National Crime Victim Survey (NCVS), amb dades recollides entre 1993 i 2004, registren una taxa de victimització en les relacions íntimes, en edats per sota dels 50 anys, de 6,3 a 17 per cada 1.000 persones, en comparació de l'1,4 o menys en víctimes de 50 anys o més (Catalano, 2006).

Per la seva banda, l'estudi de Klein et al. (2008) sobre la resposta del sistema de justícia criminal americana al maltractament de dones de 50 anys o més a l'Estat de Rhode Island el 2002, a partir dels registres policials, indica que la taxa de maltractament domèstic (incloent el maltractament de la parella o exparella i el maltractament per un o més membres de la família) en les relacions de parella per cada 1.000 persones entre 50 i 64 anys era de gairebé el doble, 2,1, del registrat per les enquestes a les víctimes del NCVS comentades, i era del 0,36 per cada 1.000 persones la taxa registrada per al tram d'edat de 65 anys o més. Dels 408 casos de violència domèstica a partir de 50 anys recollits per la policia el 2002, el 66,9% tenia entre 50-59 anys (2,9 per cada 1.000 dones d'aquest tram d'edat), i el 33,1% tenia entre 60 i més anys (1,25 per cada 1.000 dones d'aquest tram d'edat). En relació amb l'agressor, una mica més de la meitat (50,3%) era la parella o exparella de la dona, i el 45,7% eren altres membres de la família; el 3,9% pertany a persones, sense vincle familiar, que vivien amb la víctima.

Un altre tipus de treballs analitzen el percentatge de dones grans en els serveis d'atenció a dones maltractades, principalment a les cases d'acolliment, al llarg d'un període de temps. Un treball interessant és el de Lundy i Grossman (2005), que varen analitzar les dades recopilades per la Illinois Coalition Against Domestic Violence (ICAD) sobre les experiències de 1.057 víctimes de violència a la llar, de seixanta-cinc anys i més grans, que van cercar refugi i suport en els programes de violència domèstica finançats per l'Estat entre 1990 i 1995 a l'Estat d'Illinois, als Estats Units (el 0,84% de la població total d'usuàries ateses per aquests serveis durant els cinc anys). El perfil d'aquesta població eren fonamentalment dones (el 90,1%) amb una edat mitjana de 71,8 anys. Respecte a l'agressor, en el 37,6% de casos havia estat la parella o exparella, i en el 46,6%, l'agressor era un membre de la família que no era el cònjuge. En el conjunt de la població analitzada, els agressors eren principalment homes, excepte en un percentatge molt petit de casos (3,1%) en els quals

l'agressora havia estat l'esposa, exesposa o una altra dona. Respecte al tipus d'abús, el 95,9% havia sofert abús emocional, el 71% abús físic i el 4,9% abús sexual. La majoria d'aquestes persones havien estat derivades a aquests serveis per la policia (35,3%), els serveis socials (14,8%) o per autoreferència (13,3%).

Pel que fa a les necessitats més importants d'aquestes dones, eren molt similars a les de les dones joves, ja que el 78,6% necessitava suport personal i emocional, el 62,0% també assistència jurídica, l'11,6% un centre d'emergència i el 6,5% ajuda per a habitatge. Amb tot, i com es recull a l'estudi, les necessitats, encara que similars a les de les dones maltractades més joves, són més difícils de resoldre en les dones grans. L'edat i la durada del maltractament introdueixen elements diferencials pel que fa al suport social, els recursos formatius, econòmics i laborals, els temes financers com ara seguretat social, prestacions de jubilació o plans de pensions, o la separació i el divorci quan hi ha una alta interdependència econòmica i una determinada percepció cultural.

Tal com il·lustren aquestes dades, és important estudiar la incidència i prevalença del maltractament en la dona gran tenint en compte les limitacions metodològiques observades en alguns dels estudis duts a terme, les quals condicionen l'accés al coneixement d'aquesta realitat i la comparació de resultats entre els estudis. Aquestes limitacions tenen a veure, entre d'altres, amb qüestions com la definició concreta del tipus de maltractament que s'està analitzant. Ja hem comentat que en aquest àmbit s'entremesclen definicions d'abús a la persona gran, violència domèstica en la qual el maltractador pot ser la parella o exparella o un membre de la família diferent de la parella, i maltractament de gènere. D'altra banda, les definicions de maltractament no són les mateixes segons que es tracti de les persones maltractades o dels professionals dels serveis. Així mateix, cal conèixer les característiques del maltractament en relació amb el maltractador, la freqüència i la durada; la grandària de la mostra i el tipus de mostreig realitzat, l'edat de les víctimes i les seves característiques, per exemple, si es tracta de persones de la població general, persones usuàries dels serveis de protecció a les víctimes en general o en particular dels serveis d'atenció al maltractament de gènere. El tipus de registre recollit, si es tracta d'entrevistes o de dades d'expedients o si es varen incloure a la mostra homes i dones. En definitiva, es tracta d'un àmbit que fins i tot amb les limitacions comentades, té suficient entitat per ser investigat, per intentant millorar la situació actual i futura de les dones grans víctimes de maltractament, ignorat durant un llarg temps.

Amb tot, aquestes dades només mostren una visió parcial de la incidència d'aquest fenomen. Cal tenir en compte que, per raons de tipus cultural i social, és difícil que les dones grans denunciïn la seva situació, ja que, en el moment del seu matrimoni o relació de parella, les expectatives socials les obligaven a sotmetre's als desigs de l'home. A més, és poc probable que aquestes dones considerin la violència, que fa molts anys que pateixen,

com una conducta criminal, o pot ser que no vulguin criminalitzar la seva parella. Tampoc no existeix consciència del problema per part dels professionals a l'hora d'identificar de forma adequada els signes de violència en aquestes dones, els quals solen identificar amb l'abús de la gent gran. La violència de gènere en la població gran és un tema ocult al qual les institucions no han parat esment. Són, doncs, aquest tipus de qüestions les que formen part de les principals barreres a les quals s'enfronten les dones grans víctimes de violència de gènere i de violència domèstica.

4. Les barreres a la sol·licitud d'ajuda

El tema de la violència domèstica contra les dones grans ha rebut molt poc interès en l'àmbit de la violència de gènere, de la violència domèstica i de l'abús de la gent gran. D'altra banda, gairebé no s'han realitzat programes preventius i d'intervenció destinats a dones grans que experimenten violència de gènere o domèstica.

Un aspecte comú en la bibliografia sobre dones grans maltractades fa referència als problemes als quals aquestes dones han de fer front per poder demanar i per poder rebre l'ajuda especialitzada que necessiten (The National Elder Abuse Study, 1998, a Beaulaurier et al., 2007).

Sobre aquest tema, les dones grans s'enfronten a importants dificultats a l'hora d'identificar i donar a conèixer la seva situació de maltractament, o bé perquè el maltractament forma part de la seva vida quotidiana des de sempre, o bé perquè no s'identifiquen amb el perfil de dona jove que sol projectar-se en els mitjans, o bé perquè se senten avergonyides de sofrir maltractament de la seva parella, o per altres raons que tenen a veure amb la seva situació d'aïllament social o geogràfic o la seva pertinença a determinats grups minoritaris (Hightower et al., 2001).

Ja hem comentat que una part important de la responsabilitat té a veure amb la clarificació del concepte de maltractament de gènere en la dona gran, respecte a altres conceptes com la violència domèstica o l'abús de les persones grans. La falta de precisió conceptual també ha condicionat l'interès per conèixer la incidència i prevalença d'aquest fenomen, així com la seva interpretació i comparació. Amb tot, les necessitats més bàsiques de les dones grans maltractades són similars a les de les dones més joves en aquesta mateixa situació. La seguretat, l'habitatge o la independència econòmica són també, en les dones grans, tres de les necessitats més importants, si bé no les experimenten ni les poden expressar i aconseguir de la mateixa manera que les dones joves. Com indiquen Scott et al. (2004), les dones grans s'enfronten a serioses barreres per accedir al suport que necessiten, amb alternatives poc apropiades quan tracten d'entrar en el sistema de serveis d'atenció. En aquest últim cas, a més, perquè també s'enfronten a les barreres dels mateixos professionals

de la salut i dels serveis socials, que no identifiquen els indicadors de maltractament o bé els identifiquen amb la vellesa.

Per la banda de les dones i com es recull al treball de Hightower (2002), hi ha elements de desconfiança respecte a ser institucionalitzades si desvelen que sofreixen maltractament, la qual cosa les inhibeix de cercar ajuda. A més, també hi ha el temor a les conseqüències de la intervenció, a la inseguretat financera, a abandonar els espais i llocs coneguts en els quals han viscut tota la vida, a sentir-se soles i aïllades després d'una vida d'escasses relacions amb l'exterior. Un aïllament més gran, encara, en les dones que pertanyen a minories i/o viuen en comunitats aïllades (Pritchard, 2000). La falta de recursos específics per a dones grans maltractades i el desconeixement dels que estan disponibles, o bé el fet d'identificar-los amb les necessitats de les dones joves amb fills petits, contribueixen a reforçar les dificultats per acostar-s'hi (Scott et al., 2004). Així doncs, són moltes i variades les raons particulars a les quals les dones grans maltractades s'enfronten i que limiten les seves possibilitats de sortir del maltractament.

Insistint en aquesta qüestió i amb la finalitat d'incloure les veus d'aquestes dones i conèixer les seves necessitats, hi ha l'estudi de Dunlop et al. 2005, dut a terme pel Center on Aging of Florida International University i subvencionat pel National Institute of Justice, amb l'objectiu de saber com les mateixes dones grans defineixen la violència domèstica contra les dones de la seva mateixa edat, les causes del problema, les intervencions i les conseqüències per als agressors, els factors que limiten la recerca d'ajuda, els recursos de salut, socials, legals i policials i les estratègies d'intervenció que consideren d'utilitat. Els autors es varen centrar en 21 focus grup, amb 134 dones pertanyents a tres grups culturals diferents i tres cohorts d'edat (45-59, 60-74, 75+), dos nivells econòmics i presència o absència de victimització per violència domèstica.

De l'estudi els autors en varen treure dues conclusions importants: en primer lloc que el que els autors denominen abús domèstic, fonamentalment per part de la parella o exparella, inclou abús emocional, físic i sexual, i en segon lloc, que les barreres a la recerca d'ajuda estan molt relacionades amb l'experiència de victimització. A més, varen sorgir onze conceptes a partir de les dades, set dels quals (aïllament, gelosia, intimidació, protecció de la família, sentiment de culpa, impotència i espiritualitat), estaven relacionats amb l'experiència d'abús i amb les barreres a la sol·licitud d'ajuda. Quatre factors més, com el secret, la desesperança, la preocupació per l'abusador i la resposta del sistema de justícia, semblaven més relacionats amb les barreres a la sol·licitud d'ajuda.

Un aspecte destacable d'aquest treball és la idea d'algunes dones grans, que creuen que preservar la unitat familiar és una part essencial del seu rol i responsabilitat familiar, i ho descriuen com un valor diferent de l'obligació de protegir els membres de la família dels efectes directes o indirectes del maltractament.

Totes aquestes qüestions mereixen, sens dubte, més interès i aprofundiment. Les dones grans maltractades s'enfronten a problemes i situacions particulars vinculats a les conseqüències del maltractament rebut, també a la seva edat i a la seva història. Si no són atesos, condicionen i reforcen la seva situació i les conseqüències físiques i mentals de patir maltractament i abusos durant un llarg període de temps al llarg de gran part de la seva vida.

5. Característiques de la intervenció en l'àmbit de la dona gran maltractada

D'acord amb el que hem comentat en relació amb les dificultats específiques que fan referència al maltractament de la dona gran, és evident que afecten molt diversos àmbits relacionats amb la intervenció, als quals s'ha de parar esment. Una part important té a veure amb les actituds socials i professionals i fins i tot de les mateixes persones grans. Estereotips i actituds negatius sexistes i de discriminació per l'edat que reflecteixen un desconeixement de les persones grans, a les quals s'infravalora i homogeneïtza en funció de l'edat, i que necessiten fer-se visibles per evitar o reduir-ne les conseqüències. Fomentar la informació, la consciència pública i la formació dels professionals dels àmbits relacionats amb l'atenció general al nivell de salut, social, policial, judicial, de persones grans, i especialitzada al nivell dels recursos d'atenció al maltractament de la dona, és un dels principals aspectes a tenir en compte. Els professionals han de conèixer i superar els prejudicis dirigits contra la gent gran en general i contra les dones grans maltractades en particular. Al nivell macrosocial es necessita reconèixer la negligència social envers aquesta població i canviar les estructures sociolegals. També és important donar veu a les dones grans. Incloure les veus, les percepcions, les experiències de les dones que han aconseguit sobreviure al maltractament, també ha de formar part del treball a dur a terme en aquest àmbit.

Sobre aquest tema i com suggereixen els resultats del treball de Buchbinder i Winterstein (2004) sobre les narracions recollides a les entrevistes en profunditat realitzades a vint dones grans, que havien estat maltractades durant dècades, parar la violència és bàsic, però no suficient. Aquestes dones necessiten un treball específic per poder reconstruir el significat del seu sofriment, resultat de l'acumulació de violència, pèrdua, angoixa, frustració, dolor, aïllament i vergonya. Aquestes dones necessiten ajuda en les seves experiències traumàtiques que constitueixen narracions vitals del passat, però s'ha de deixar la porta oberta per a un futur en el qual puguin prendre decisions autònomes. Les dones grans maltractades necessiten reestructurar el significat de la vida. Anys de viure amb un abusador han reforçat el sofriment com la manera interpretativa dominant del seu món. D'acord amb això, la seva llibertat de prendre decisions és limitada. Amb tot, la intervenció necessita tenir en compte l'estadi individual i la disponibilitat per acceptar ajuda (Pritchard, 2000). Una disponibilitat que pot restar minvada o no per les respostes de

suport o d'impediment de la família. L'ajuda professional, al nivell dels serveis i programes propers, socials i de salut, és el més important, atesa la ruptura del que abans eren mecanismes funcionals d'afrontament, els quals ajudaven aquestes dones a sobreviure en un ambient hostil i els proporcionaven significat al llarg dels anys (Pritchard, 2000).

En aquesta mateixa línia de comptar amb les veus i experiències de les dones grans supervivents al maltractament, en aquest cas en recursos d'intervenció, es recullen les recomanacions d'un ampli informe de 2010 realitzat per Housing i British Columbia. En aquest informe es resumeixen les necessitats de les dones maltractades que han passat per habitatges de transició. Per dur-lo a terme es va consultar tant les dones que s'estaven als habitatges com els professionals que treballaven en aquests programes. El percentatge de dones usuàries dels habitatges de transició, més grans de 45 anys, a les quals es fa referència a l'informe era del 28% el 2008-2009. Un percentatge que havia augmentat els últims anys. Segons es desprèn del dit document, aquest tipus de serveis no responen a les seves necessitats. A les dones grans els és difícil viure de forma comunal —particularment amb nins— i requereixen espais tranquils, separats dels que ocupen les mares amb els seus fills. Per exemple, hi ha d'haver àrees separades i banys adaptats a l'habitació, perquè n'hi ha moltes que tenen alguna discapacitat. Els temes mèdics i de suport també tenien un rol important en la vida d'aquestes dones, als quals calia donar resposta. Segons es desprèn de les seves aportacions, les estratègies utilitzades pels serveis per ajudar-les, empoderament, educació i suport en l'avaluació de les seves opcions més enllà de l'edat, estan més orientades a dones joves. Les dones grans prefereixen compartir les seves experiències amb dones de generacions similars, en lloc de dones amb les quals no s'identifiquen i fins i tot poden sentir-se incòmodes pel paper d'«àvies» que se suposa que han d'assumir en lloc d'atendre els seus propis problemes.

A les Illes Balears les dones maltractades disposen d'una àmplia tipologia de recursos, que els poden donar suport i ajudar en l'ardu camí de la denúncia i la separació de l'agressor. El problema sorgeix quan és una dona gran qui reclama les prestacions, ja que, probablement, aquestes no s'adapten a les seves particularitats i necessitats, com hem anat comentant. A més, el col·lectiu de dones grans maltractades pot presentar limitacions pròpies de l'edat, com l'aparició de graus de dependència i/o discapacitats, que requereixen prestacions especialitzades, com habitatges sense barreres arquitectòniques o mobiliari adaptat. No poden recórrer als serveis destinats a les persones grans, perquè tampoc no ofereixen els elements de seguretat que necessiten, ni disposen de les ajudes psicològiques i socials que són indispensables en aquestes situacions.

A continuació es recullen els principals serveis d'atenció a les víctimes de la violència de gènere, amb l'objectiu de donar a conèixer la tipologia de recursos amb què compta la comunitat balear i, així, poder apropar-nos a les dificultats amb les quals es pot trobar el col·lectiu de dones grans.

Taula 5 | Tipus de serveis d'atenció a les dones víctimes de violència de gènere.

Àmbit del servei	Tipus de serveis	Funcions principals
Cossos de seguretat	Polícia Local Polícia Nacional Guardia Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Tramitació de denúncies. - Seguretat i protecció immediata. - Suport psicològic i jurídic.
Serveis sanitaris	Centres sanitaris Hospitals Serveis d'emergències mèdiques (SEM)	<ul style="list-style-type: none"> - Atencions i cures. - Derivació a altres serveis.
Línies d'atenció telefònica 24 hores	Línia telefònica 112	<ul style="list-style-type: none"> - Activació dels cossos de seguretat i serveis sanitaris en cas d'emergència. - Coordinació dels diferents serveis.
	Servei d'acompanyament i atenció social telefònica	<ul style="list-style-type: none"> - Activació de cossos de seguretat i serveis sanitaris en cas d'emergència. - Acompanyaments en situacions complicades. - Informació i assessorament.
Serveis d'atenció social i psicològica	Institut Balear de la Dona	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorament jurídic en aspectes civils i jurídics. - Informació i assessorament sobre serveis. - Centre de documentació. - Coordinació d'ordres de protecció. - Servei de traducció. - Gestió d'altres serveis que es detallen a continuació (servei d'acompanyament i atenció social telefònica, prestacions econòmiques, assistència psicològica a menors).
	Servei d'atenció psicològica a víctimes de violència de gènere	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar habilitats per afrontar les conseqüències emocionals. - Pautes d'orientació per a la inserció social.
	Taller d'Artteràpia	<ul style="list-style-type: none"> - Eines per a la reflexió i expressió d'emocions
	Servei d'atenció social integral a víctimes de violència de gènere de l'Ajuntament de Palma (Flassaders)	<ul style="list-style-type: none"> - Informació i assessorament. - Acompanyaments en situacions complicades. - Atenció constant a víctimes.
	Sistema d'assistència psicològica a menors víctimes del maltractament	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir l'impacte psicològic i emocional en els nins. - Evitar que es produeixi l'aprenentatge vicari de les agressions i que es reproduïxi el mateix comportament en el futur.
	Mentories de l'Ajuntament de Palma	<ul style="list-style-type: none"> - Establir relacions paternofilials basades en el respecte i afecte. - Prevenció d'agressions futures.
	Teleassistència mòbil	<ul style="list-style-type: none"> - Atenció immediata en situacions d'emergència mitjançant tecnologia mòbil i dispositius de telelocalització.
	Servei Municipal d'atenció a les persones maltractadores dins l'àmbit de la relació de parella	<ul style="list-style-type: none"> - Identificació i control d'impulsos. - Expressió de les emocions i empatia amb la parella.

Serveis jurídics	Col·legi d'Advocats	<ul style="list-style-type: none"> - Orientació jurídica civil i penal. - Representació de la víctima durant tot el procés jurídic.
	Jutjats de violència de gènere	<ul style="list-style-type: none"> - Tramitació i resolució de demandes.
	Oficines d'ajuda a les víctimes del delictes	<ul style="list-style-type: none"> - Defensar els drets de la víctima. - Assessorament jurídic. - Derivació a altres serveis.
Serveis d'acollida i habitatges	Servei d'acollida a dones i famílies (SADIF)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofereixen habitatges a les víctimes. - Formació per fomentar la inserció laboral.
	Programa Palma habilitada	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionen habitatges de renda baixa
Prestacions econòmiques	Renda Activa d'Inserció	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuts econòmics. - Elaboració de plans de treball i formació.
	Ajuts econòmics de l'Institut Balear de la Dona	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos econòmics.
Serveis d'inserció laboral	Convenis de l'Institut Balear de la Dona amb empreses privades (Eroski, Carrefour, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona llocs de treball.
Serveis socials d'atenció primària	Serveis socials d'atenció primària	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuts generals: guarderies, prestacions econòmiques puntuals, targetes bons d'infància, etc.

Font: Guia de recursos específics per a l'atenció a dones víctimes de violència de gènere a Palma (2010).

D'altra banda, la gamma de recursos destinats a persones grans maltractades és més escassa i limitada que la de dones víctimes de violència de gènere, ja que no existeixen gairebé recursos específics per a gent gran maltractada. De manera que una persona gran maltractada solament podria beneficiar-se dels serveis comuns per a gent gran. El disseny de les polítiques actuals no destina prou recursos a la implementació de serveis o equipaments especialitzats, amb la qual cosa apareix un buit que és cobert pels serveis socials i sanitaris generals. Els serveis presenten dificultats a l'hora de detectar els maltractaments en persones grans, perquè a pesar que la societat s'ha anat conscienciant de la problemàtica, hi ha nombrosos casos que són ocultats tant pels familiars com per les mateixes víctimes. Quan el maltractament és produït per un parent, es produeix un gran temor de denunciar la situació a causa de la relació emocional i afectiva que existeix entre ambdues parts. A més, la falta de protocols d'actuació i detecció, d'una banda, i les creences errònies de la inexistència de maltractaments, de l'altra banda, limiten els professionals a l'hora d'intervenir.

La intervenció, tal com s'assenyala a la «Guía de actuación de los maltratos a mayores» (Moya i Barber, 2005), es podria dividir en dues seccions: les situacions urgents i les que no necessiten mesures urgents. Quan es produeix una situació d'urgència són els serveis socials, juntament amb els cossos de seguretat, els que acudeixen a les situacions

d'emergència i atenen les persones grans maltractades. En les situacions que no necessiten una mesura urgent, són els serveis socials els que s'encarreguen d'intervenir, subministrar solucions o derivar els casos a diferents institucions que els puguin atendre. Sempre que sigui possible i la víctima no hagi de compartir domicili amb l'agressor, les primeres intervencions es dirigeixen a proporcionar la màxima autonomia a les persones grans, habilitant l'habitatge, oferint serveis de teleassistència i ajuda a domicili o bé, facilitant plaça en centres de dia. En cas que no pugui romandre al seu domicili, s'institucionalitza la persona gran en una residència.

Després del resum de les principals característiques dels serveis, s'observa que no hi ha recursos específics per a dones grans maltractades, sinó que estan destinats a les persones grans en general. Quan es parla de persones grans, no se sol distingir pel sexe, s'assumeix que les persones d'ambdós sexes posseeixen característiques i necessitats similars i, que per tant, poden ser cobertes mitjançant les mateixes prestacions. D'altra banda, quan es parla de dones maltractades no es tenen en compte les conseqüències negatives que van lligades a l'edat. D'aquesta manera, les alternatives que s'ofereixen són tan limitades que no les ajuden a disminuir el temor a ser institucionalitzades i no afavoreixen que es visualitzi el maltractament.

Amb la intenció de contrastar aquestes opinions amb la realitat de les Illes Balears, es va entrevistar els responsables de diversos serveis d'atenció a les víctimes de la violència de gènere, per veure si existien protocols d'actuació especialitzats en dones grans, o bé, s'adaptaven les actuacions que existien en funció de les característiques d'aquest col·lectiu. Els professionals varen indicar que no preveïen les actuacions en funció de les característiques de l'edat, tal com s'ha comentat. Concretament, es va comptar amb l'opinió de 9 responsables de serveis de les Illes Balears, entre els quals trobam: Policia Local, Policia Nacional, jutjats de violència domèstica, Servei d'atenció telefònica 24 hores, Servei de prevenció de la violència de gènere (Flassaders), Programa d'atenció als maltractadors, Servei d'atenció psicològica a víctimes de violència de gènere, Institut Balear de la Dona i Programa d'atenció a dones víctimes de la violència de gènere de la Creu Roja (Atenpro). La informació recollida a les entrevistes que es varen fer als responsables dels centres es poden dividir en tres seccions: perfil de les dones maltractades, tipus de maltractament més freqüent i característiques i intervencions del servei.

Per començar, és important destacar que, efectivament, el col·lectiu de dones grans és dels que sol·liciten amb menys freqüència les prestacions orientades a la violència de gènere, ja que no la denuncien. Segons les dades de la memòria 2009 de l'Institut Balear de la Dona, es varen registrar 651 resolucions de protecció de víctimes de 18 a 30 anys, 558 de víctimes de 31 a 41 anys, 295 de víctimes de 41 a 51 anys i 63 denúncies de menors de 18 anys. No es menciona cap resolució per a dones més grans de 51 anys. El perfil predominant de les usuàries d'aquests serveis és de mares en situació de desocupació i amb nivells econòmics

baixos, que depenen de l'ajuda econòmica de l'agressor per sobreviure i mantenir els fills. Segons s'assenyala als qüestionaris, la majoria d'aquestes dones conviuen amb els fills, i de vegades, també amb familiars grans (pares, sogres, etc.). Com a mitjana s'assenyalen d'1 a 5 anys de durada de la relació d'agressió.

Un 66,6% dels serveis enquestats indicaven que les dones beneficiàries d'aquests es movien, en la seva majoria, entre els 30 i els 45 anys d'edat, un 22,2% assenyalaven que entre els 18 i 30 anys i un 11,1% que entre els 18 i 45 anys, per la qual cosa durant l'any 2009 es varen atendre, sobretot, sectors de la població joves (menors de 45 anys).

Una de les qüestions més destacables que s'aborden és el nombre de dones més grans de 60 anys que han rebut atenció dels serveis durant l'últim any. Alguns dels serveis no proporcionen la informació estadística, però assenyalen que el nombre d'usuàries era molt reduït. La Policia Local va indicar que havia rebut 10 sol·licituds de dones entre 60 i 89 anys durant l'any 2009. El Servei d'atenció integral a víctimes de violència de gènere (Flassaders) va atendre 7 dones, de les quals 2 havien estat denunciades pels serveis d'ajuda al domicili i en 5 casos eren els fills d'aquestes dones els que havien denunciat el maltractament, però cap d'elles no ho havia fet de forma directa. L'Institut Balear de la Dona va intervenir en el cas de 7 dones més grans de 65 anys, cosa que representa el 2,85% dels seus demandants. D'altra banda, el Programa d'atenció a víctimes de violència de gènere de la Creu Roja no va atendre cap dona més gran de 59 anys. El servei de 24 hores va rebre demandes de 17 dones d'entre 55 i 64 anys i de 4 més grans de 64 anys. Entre les dades, cal destacar que el Servei d'atenció psicològica indicà que, durant l'any 2010, havia atès 13 dones més grans de 60 anys, per la qual cosa representaven un 0,06% dels usuaris atesos.

Generalment va predominar el maltractament psicològic i físic sobre tots els altres. En la majoria de casos es podia detectar el maltractament psicològic; un dels serveis indicava que fins a un 95% de les usuàries l'havia patit. A més, també pateixen sovint el maltractament físic, ja que un dels serveis indicava que un 78% dels seus demandants l'havien sofert, un 80% en un altre servei i un 72,05% en un altre. El maltractament econòmic i sexual i els aïllaments també es produeixen, però menys sovint.

Els responsables dels serveis destacaven els següents problemes com els principals amb els quals es trobaven les dones maltractades per denunciar l'agressor i per separar-se'n:

- Insuficiència econòmica: moltes es trobaven sense feina, sense formació per incorporar-se al mercat laboral, i/o no havien cotitzat en la Seguretat Social, per la qual cosa no disposaven de recursos econòmics suficients per separar-se de l'agressor.
- Educació, creences i religió: la ideologia, les creences i la cultura inculcades durant anys feia que presentassin concepcions molt rígides sobre les relacions maritals i les seves

obligacions. Canviar les creences que s'han mantingut durant tants anys, pot resultar molt complicat, especialment en dones grans.

- Falta de suport social: s'observava que sovint mancaven de família o d'amics que els poguessin ajudar, reforçar o entendre.
- Amenaces de l'agressor: les víctimes es trobaven, sovint, paralitzades pel temor que les conseqüències de la denúncia fossin encara pitjors que la realitat que vivien.
- Falta de consciència del maltractament: especialment les dones grans normalitzaven tant les agressions verbals i físiques, que no consideraven que tinguessin dret a denunciar-les i a defensar-se'n.
- Estabilitat familiar: romanien al domicili amb la intenció de mantenir unida la família i que els fills no creixessin sense un pare.
- Valoració d'insuficiència de prestacions: els recursos que es posaven a la seva disposició i les ajudes econòmiques eren valorats com a insuficients, o bé no es coneixien.
- Falta d'informació: desconeixement de les ajudes prestades davant els maltractaments per part de la parella.

Es va preguntar als responsables dels centres quins consideraven que eren els principals motius, a més del malestar que es patia, que feien que les víctimes prenguessin la determinació de denunciar, i es varen destacar els següents:

- La millora de les sentències: són més ràpides i fermes, de manera que es reforça la confiança en la justícia.
- Renúncien a l'esperat canvi comportamental de l'agressor: assimilen que l'agressor no canviarà mai i que el maltractament continuarà al llarg del temps.
- Més difusió en els mitjans de comunicació: l'increment de la consciència social facilita la denúncia, ja que es transmet més suport per part de la societat.
- Millora de la xarxa de recursos que s'ofereixen: RAI, assistència psicològica, dispositius de teleassistència, etc.

Respecte als recursos oferts, la majoria proporcionaven informació i orientació, a més d'atenció psicosocial i assessorament jurídic. A més, gairebé tots els recursos intervenien en situacions d'emergència i presentaven disponibilitat 24 hores. Tal com s'indica al principi

del document, les prestacions a les Illes Balears també estan pensades per a una població jove i sense importants limitacions físiques. Els professionals actuen seguint protocols comuns per a tots els usuaris, independentment de l'edat, per la qual cosa les dones grans es veuen desprotegides davant l'absència de recursos adaptats a les seves necessitats. Cal destacar que el Servei d'Atenció Psicològica és l'únic dels serveis enquestats que adaptava algunes de les seves tècniques a les necessitats de les usuàries grans; l'avaluació de l'estat d'ànim d'aquestes es realitza mitjançant un instrument especialitzat i la teràpia psicològica es desenvolupa tenint en compte les característiques de la població que atén: estat de salut, problemes familiars, relacions socials, etc.

Tots els professionals varen coincidir que serà necessari establir noves pautes pensades per a col·lectius de població gran que sofreixin maltractaments. Especialment, posen l'accent en el fet que s'han de fomentar habitatges habilitats per a les dones grans i que cal millorar la coordinació entre els serveis especialitzats, per evitar la duplicació d'esforços, i disposar de professionals que es dediquin especialment a aquest col·lectiu.

D'acord amb aquestes consideracions i amb el que s'ha comentat en relació amb les barreres a la intervenció, els tipus de programes de més interès per a aquestes dones són els programes flexibles que combinin el suport a la llar i la disponibilitat de programes comunitaris. Tots dos tipus permeten reduir l'aïllament, que la dona senti que té el suport dels professionals, el personal de suport i el voluntariat, els quals han d'estar formats en les característiques i necessitats de les dones grans. Aquests recursos possibiliten que la dona romangui a la seva llar, en cas que abandonar-la sigui un gran problema per a ella, que disposi d'espais per canalitzar el maltractament i les seves necessitats, i per donar-los a conèixer, i que rebí l'ajuda que necessita (Kingsley, 2002). També és important l'adequació de les instal·lacions per a dones maltractades (centres d'acolliment, habitatges de transició) per les qüestions generacionals comentades i també pels problemes de discapacitat d'algun tipus que puguin tenir (Blood, 2004; Scott et al., 2004).

També en aquest àmbit és important la disseminació d'informació al nivell general i al nivell dels professionals i les persones grans. L'elaboració de materials i de documents informatius dirigits a totes les edats i amb els quals aquestes dones també puguin identificar-se.

La planificació i la coordinació dels serveis és també, al costat de la formació de professionals, un tema clau per visibilitzar aquest col·lectiu i parar-hi l'esment adequat.

Són d'interès en aquest sentit les recomanacions que es deriven dels resultats de l'experiència de l'Older Battered Women's Project, dut a terme per la Winconsin Coalition Against Domestic Violence (WCADV). Un projecte l'objectiu del qual és acabar amb la violència en les persones grans a través dels serveis d'assistència tècnica, l'elaboració

de materials escrits i la formació de professionals de diversos àmbits relacionats amb el maltractament a persones grans (serveis socials, serveis d'atenció a gent gran, serveis d'atenció al maltractament a la dona, serveis de salut, justícia, i serveis i programes d'atenció als agressors). Això amb la finalitat de visibilitzar les víctimes de maltractament de gent gran en el moviment de la violència domèstica, ajudar a entendre la dinàmica de poder i control present en moltes situacions de violència familiar i la importància de centrar-se en la seguretat de les víctimes, difondre plans de seguretat per a les víctimes de maltractament de qualsevol edat i estimular respostes de col·laboració a les necessitats de les persones grans (U. S. Department of Justice, 2000).

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (2009): *Informe mujeres asesinadas por su pareja*. Valencia: Centro Reina Sofia i Valencian International University.

Ajuntament de Palma (2010). *Guia de recursos específics per a l'atenció a dones víctimes de violència de gènere, a Palma*. Ministerio de Igualdad: Palma. A: http://www.pactepalma.com/pdf/guia_recursos.pdf.

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., Dunlop, B. D. (2007). "External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence". *Journal of Family Violence*, 22(4).

Bergeron, L. R. (2001). «An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence? You decide». *Journal of Gerontological Social Work*, 34 (4), 47-63.

Blood, Imogen (2004). *Older women and domestic violence*. London: Help the Aged.

British Columbia (BC) Housing; British Columbia (BC) (2010). Review of Women's Transition Housing and Supports Program. Society of Transition Houses: «Consolidated Report: Key findings and recommendations».

A: http://www.bchousing.org/programs/transition_housing (Consulta: 6 juliol 2010).

Buchbinder, E.; Winterstein, T. (2004). «"Like a Wounded Bird": Older Battered Women's Life Experiences with Intimate Violence». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15: 2, 23-44.

Catalano, S. (2006). *Intimate Partner Violence in the United States*. Washington D.C.: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Dunlop, B. D.; Beaulaurier, R. L.; Seff, L. R.; Newman, F. L.; Malik, N.; Fuster, M. (2005). *Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report*. A: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/212349.pdf> (Consulta: 28 juny 2010).

Hightower, J.; Smith, M.; Hightower, H. (2001). *Silent and Invisible - A Report on Abuse and Violence in the Lives of Older Women in British Columbia and Yukon B.C./Yukon Society of Transition Houses, Vancouver, B.C. Executive summary*. A: <http://www.bcsth.ca/content/reducing-barriers-support-women-who-experience-violence> (Consulta: 28 juny 2010).

Hightower, J. (2002). «Is it Elder Abuse or Violence Against Women? Does it make a difference?». A: <http://www.un-instraw.org/es/> (Consulta: 3 maig 2010).

Hightower, J.; Smith, M. J.; Hightower, H. C. (2006). «Hearing the voices of abused older women». *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 46, No 3/4, 205-227.

Institut Balear de la Dona (2009). *Memoria 09*. Conselleria Afers Socials, Promoció i Immigració (Govern de les Illes Balears): Palma. A: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=617994>.

Instituto Nacional de Estadística e Instituto de la Mujer (2010). «Mujeres y hombres en España». Ministerio de Igualdad: Madrid. A: <http://www.ine.es/produser/pubweb/myh/myh10.pdf>.

Kingsley, B. (2002). «Community Empowerment: Promoting the Safety and Minimising the Abuse of Older People». *Australian Journal of Primary Health*, 8, (2), 98-101.

Klein, A.; Tobin, T.; Salomon, A.; Dubois, J. (2008). A statewide profile of abuse of older women and the criminal justice response. A: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/222460.pdf> (Consulta: 28 juny 2010).

Lundy, M.; Grossman, S. F. (2005). «Elder abuse: spouse/intimate partner abuse and family violence among elders». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16: 1, 85-102.

Mouton, C. P.; Rodabough, R. J.; Rovi, S. L. D.; Hunt, J. L.; Talamantes, M. A.; Brzyski, R. G.; Burge, S. K. (2004). «Prevalence and three year Incident of abuse among postmenopausal women». *American Journal of Public Health*, 94(4):605-612.

Moya, A., Barbero, J. (coord.) (2005). «*Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*». Madrid: Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Asuntos Sociales.

Nerenberg, L. (2002). «A feminist perspective on gender and elder abuse: a review of the literature». *National Committee for the Prevention of Elder Abuse*. A: <http://www.preventelderabuse.org/> (Consulta: 31 maig 2010).

Observatorio contra la Violencia Doméstica i de Género y Consejo General del Poder Judicial (2009): *Datos de denuncias y procedimientos penales y civiles registrados y órdenes de protección solicitadas en los Juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) en el tercer trimestre del año 2009*. Madrid: Fundación Mujeres.

Observatori Municipal de la Igualtat (2009): *La violència de gènere a Palma*. Palma: Ajuntament de Palma.

Organización Mundial de la Salud (2003). «Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores». Ginebra: A: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf (Consulta: 24 maig 2010).

Phillips, L. (2000). «Domestic Violence and Older Women». *Geriatric Nursing*, 21 (4), 188-195.

Pillemer, K. A.; Finkelhor, D. (1998). «The prevalence of elder abuse: A random sample survey». *The Gerontologist*, 28 (1), 51-57.

Pritchard, J. (2000). *The needs of older women: Services for victims of elder abuse and other abuse*. Bristol: The Policy Press.

Ruiz-Pérez, I.; Plazaola-Castaño, J.; Vives-Cases, C.; Montero-Piñar, M. I.; Escribà-Agüir, V.; Jimenez-Gutiérrez, E.; Martín-Baena, D.; G6 (2009). «Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España». *Gaceta Sanitaria* 2010.

Scott, M.; Mckie, L.; Morton, S.; Seddon, E.; Wasoff, F. (2004). *Older women and domestic violence in Scotland*. Canaan Lane, Edinburgh: Health Scotland, Woodburn House.

U.S. Department of Justice (2000). «Our aging population: promoting empowerment, preventing victimization, and implementing coordinating interventions». National Symposium sponsored by the U.S. Department of Justice at the U.S. Department of Health and Human Services. A report of proceedings. Washington: Office of Justice Programs. A: http://www.ojp.usdoj.gov/docs/ncj_186256.pdf (Consulta: 24 maig 2010).

Vinton, L. (2001). «Violence against older women». A: Renzetti, C. M.; Edleson, J. L.; Bergen, R. K. (eds.). *Source book on violence against women* (pàg.179-192). Thousands Oaks, CA: Sage.

Women's Aid Federation of England (s/f). «Older women and domestic violence. An overview». A: [http://www.womensaid.org.uk/downloads/Olderwomenanddvreport\(1\).pdf](http://www.womensaid.org.uk/downloads/Olderwomenanddvreport(1).pdf) (Consulta: 28 juny 2010).

Autores

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.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Coordinadora i tutora presencial i en línia dels cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Coordinadora del Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia.



Universitat de les
Illes Balears



Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2010**



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,
Promoció i Immigració

