



Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2014**



Universitat de les
Illes Balears

CARMEN ORTE SOCIAS

Catedràtica d'universitat.

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT. ILLES BALEARS **2014**



Universitat de les
Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria de Família i Serveis Socials



**Consell de
Mallorca**

■ Departament de Benestar Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials



Colonya

Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2014

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat de la col·laboració entre la Conselleria de Família i Serveis Socials del Govern de les Illes Balears, el Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca i la Universitat de les Illes Balears. L'Anuari de l'envelliment és una iniciativa del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), el Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, dirigida per la doctora Carmen Orte Socias, i compta, a més, amb el suport de la Fundació Guillem Cifre de Colonya de la Caixa d'Estalvis de Pollença, «Colonya», i de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Consell de Direcció:

Directora:

Dra. Carmen Orte Socias

Consell de Redacció:

Vocals:

Dr. Martí X. March Cerdà

Dr. Lluís Ballester Brage

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló

Dra. Belén Pascual Barrio

Dra. Margalida Vives Barceló

Dr. Joan Amer Fernández

Dra. M. Antònia Gomila Grau

Dra. Rosario Pozo Gordaliza

Sr. Liberto Macías González

Secretària:

Sra. Lydia Sánchez Prieto

Comitè Assessor:

Sr. Enrique Campos Alcaide

Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon

Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras

Sr. Miquel Oliver Ramon

Sra. Margarita Isabel Viñuela Benítez

Sra. Josefa Marí Marí

* © del text: els autors 2014

* © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears

* Impressió i muntatge: Servei de Reprografia Digital de la Vicepresidència i Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears.

* Disseny i maquetació: amadip.esment

* ISSN: 2174-7997

* 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 de Família i Serveis Socials del Govern de les Illes Balears ni del Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca. 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 de Família i Benestar Social, <http://www.caib.es/govern/organigramalarea.do?lang=es&coduo=3349>, de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <http://catedradependencia.uib.es>, d'Edicions UIB, <http://edicions.uib.es>, de GIFES, <http://gifes.uib.es>, i del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, <http://ldpde.uib.es>.

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

Tel.: 971 17 30 00 / Fax: 971 17 31 90

E-mail: catedra.dependencia@uib.es

PRESENTACIONS	5
Sandra Fernández Herranz Consellera de Família i Serveis Socials Catalina Cirer Adrover Consellera executiva de Benestar Social i presidenta de l'IMAS	
INTRODUCCIÓ	13
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2014	
PLANS DE PREVENCIÓ DE LES SITUACIONS DE DEPENDÈNCIA I PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL A LES ILLES BALEARS: APOSTES SEGURES SOBRE CONDICIONS DE VIDA SALUDABLES	23
M ^a Dolores Castilla Quintero, Sira Fiz Vozmediano, M ^a Carmen Maestre Bernal, José Roberto Peñalver García, Rosa Perelló Ferrer, Miriam Ramírez León, M ^a Victoria Riado Rian, Francisca Isabel Rodríguez Fiol i M ^a Dolores Valenzuela Fernández	
ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE: EL CAS DE LES ILLES BALEARS	41
Joan Carles March i Cerdà	
LLEI DE DEPENDÈNCIA I DRET SUBJECTIU	65
Sira Fiz Vozmediano, Francesc Mas Ferrari i Javier Ureña Morales	
PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT ACTIU: CONTRIBUCIONS DE LA VOCALIA DE PSICOLOGIA DE L'ENVELLIMENT DEL COL·LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE LES ILLES BALEARS (COPIB)	79
Teresa Jaudenes Gual de Torrella, José Àngel Rubiño Díaz, María José Arévalo González, Elena Jorquera Riera, Ana Romo Taranchel, Jessica de Freitas Fernandes i M ^a Dolors Fortuny Bennàssar	
DE L'ATENCIÓ A PERSONES ASSISTIDES A L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA. EINES DE VALORACIÓ	99
Sofia Alonso Bigler i Ana Belén Velasco Rodríguez	
LA RUPTURA DEL PACTE SOCIAL EUROPEU I L'EMPOBRIMENT DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS	117
Rafael Borràs Ensenyat	
EVOLUCIÓ DEL SISTEMA D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS	137
Lluís Ballester Brage i Apol·lònia Miralles Xamena	
ELS IMPACTES OCULTS DE LA CRISI ECONÒMICA EN LA TERCERA EDAT	153
Ferran Dídac Lluch i Dubon	
GENT GRAN I MEMÒRIA: DONES I IMMIGRACIÓ A LES ILLES BALEARS DURANT EL FRANQUISME	183
Joan Amer Fernández i Maria Francisca Mas Riera	

PERSONES GRANS ESTRANGERES RESIDENTS A LES LLARS DELS ANCIANS. ESTUDI DE CAS 199
Carlos Vecina Merchante i Concepció Pou Soler

COM ENVELLEIXEN LES PERSONES AMB DISCAPACITAT I MALALTS MENTALS DE L'ILLA D'EIVISSA 217
Javier Ruiz Blanco, Andrea Ramón Candela, Lorena Expósito Irigaray i Ana Serra Devesa

PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA DES DE LA LLAR D'EIVISSA 235
Antònia Tur Torres, Ana Serapio Costa, Paula Muñoz Tartalo, Virginia Rivero Moreno-Ortiz i Josefa Marí Marí

ABÚS FINANCER: L'EFFECTE ICEBERG 251
Lydia Sánchez Prieto, Marina Blasco Escandell i Lluís Ballester Brage

LA SOLEDAT DE LES PERSONES GRANS AL SEGLE XXI 277
Maria Isabel Amer Riera i Maria Isabel Cuart Sintes

DRETS, JUSTÍCIA I VULNERABILITAT SOCIAL EN PERSONES GRANS: UNA NOVA APROXIMACIÓ AL FENOMEN 293
Lydia Sánchez Prieto i Rosario Pozo Gordaliza

LES PERSONES GRANS LESBIANES, GAIS, TRANSSEXUALS I BISEXUALS A LES ILLES BALEARS 313
Margalida Vives Barceló i Liberto Macías González

DONES GRANS I QUASIPROSTITUCIÓ A ESPANYA 333
Lluís Ballester Brage, Alba Alfonso Saura i Jaume Perelló Alorda

LA PARTICIPACIÓ DELS PADRINS EN UN PROGRAMA DE COMPETÈNCIA FAMILIAR: LA RECERCA APLICADA AL DISSENY D'UN PROJECTE FORMATIU 353
Carmen Orte Socias, Maria Antònia Gomila Grau, M^a Belén Pascual Barrio i Margalida Vives Barceló

LA SEXUALITAT I LES PERSONES GRANS. APROXIMACIÓ INICIAL A UNA REALITAT INVISIBLE I DESCONEGUDA 373
Martí X. March Cerdà i Grup de Gerontologia Educativa

LA COMPRESIÓ COM A COMPETÈNCIA D'APRENENTATGE. NIVELL DE COMPRESIÓ DELS ALUMNES UNIVERSITARIS GRANS 395
Liberto Macías González, M^a Belén Pascual Barrio i Margalida Vives Barceló

LA SALUT ORAL EN LES PERSONES GRANS 415
Jaume Torres Bosch

REPTES D'UNA ATENCIÓ INTEGRAL DE QUALITAT: VISIÓ ACTUAL I PERSPECTIVES DE FUTUR DES DE SARQUAVITAE 425
Antonio Calvo Ara, Aina Maria Ferrà Cañellas, Elsa Herranz Sanz, Gregorio Molina Paniagua, Maria José Secilla Castro, Catalina Maria Vanrell Munar i Marián Vázquez Sánchez

PRESENTACIONES

Sandra Fernández Herranz
Consellera de Família i Serveis Socials

El fet de disposar d'una nova edició de l'anuari de l'envelliment ens facilita poder apreciar i reflexionar sobre la ràpida evolució que ha experimentat el món dels majors, uns canvis –fins i tot– més accentuats que els que s'han produït en altres àmbits de la nostra societat. Si fem una ullada a aquesta publicació i a les editades anys enrere per la doctora Carmen Orte i el seu equip, podem apreciar els avenços importants que s'han viscut, molts de beneficiosos i de positius.

És realment interessant revisar els temes esmentats en les successives obres, la visió que es reflecteix de la gent gran al llarg del temps, com es tracta científicament i socialment el procés de l'envelliment, quins han estat els problemes principals per a aquest sector de la població en els darrers anys, etc.

Aquest és, precisament, un dels grans valors de l'anuari de l'envelliment. Té la capacitat d'acollir tesis realment atractives i profitoses que envolten aquesta darrera etapa de la vida, sempre tenint en compte el context social del moment.

En l'edició de 2014 trobam com la dependència continua sent el tema principal en diversos capítols, com és lògic. Ja han passat uns anys d'ençà que s'aprovà la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i aquest temps ens ha servit per a veure'n la conveniència però, també, la dificultat de posar-la en marxa i gestionar-la.

No obstant això, després d'aquesta primera etapa difícil, ja es comencen a superar les contrarietats i així ho confirma la millora de les dades de dependència, que mostren com cada vegada hi ha més ciutadans dins el sistema i manco a l'espera de rebre una prestació. Tot i ser conscients que falta molta feina per fer, aquestes passes encoratgen a continuar treballant amb l'objectiu que no hi hagi una sola persona dependent sense el recurs més adequat a la seva situació i en el moment en què ho necessita.

Ara també s'han afrontat noves facetes de la dependència que calia atendre, com és la de prevenció. En aquest sentit, el Govern ha activat un projecte específic amb aquest objectiu –PROPER– que, encara que sigui a mitjà o llarg termini, pot donar importants beneficis a tota la ciutadania i a les administracions que gestionin aquesta competència en un futur. En aquest tema precisament es pot aprofundir a l'anuari d'enguany en un dels articles.

Altres qüestions que es toquen sense anar massa lluny d'aquest mateix àmbit és el del dret subjectiu de la Llei de la dependència, els reptes per a assolir una atenció integral de qualitat, l'atenció centrada a la persona –que és un model que ja apliquen generalment els professionals–, la discapacitat en els majors, la salut oral, etc.

Però, a banda de la vessant sociosanitària, també hi tenen cabuda altres aspectes que afecten la societat en general, i que, en la gent gran, per la conjuntura viscuda, per l'edat, per les condicions de salut, es poden experimentar de manera diferent.

Totes són matèries que, entre d'altres objectius, ajuden a fer més visibles els nostres majors, a donar-los la rellevància que es mereixen, i a conèixer més de prop la realitat amb la qual, més tard o més d'hora, tots nosaltres toparem.

Qualsevol iniciativa de difusió de coneixement o d'informació que es pugui fer en aquest sentit, o les reflexions i els debats que es puguin crear, són passes endavant perquè la societat pugui afrontar millor la maduresa en un futur. Especialment si aquestes vénen de part d'experts i professionals com són cada un dels autors i de les autores d'aquesta obra. Per això, les publicacions com aquesta són, sens dubte, peces bàsiques per aconseguir aquest fi.

Catalina Cirer Adrover

Consellera executiva de Benestar Social i presidenta de l'IMAS

Un any més em dirigesc a vosaltres a través de les pàgines d'aquest Anuari de l'envelliment editat per la UIB, una publicació actual, que tracta els principals temes relacionats amb les persones majors propis del moment en què ens trobam, i que deixa enrere els tòpics sobre el paper de la gent gran en la societat.

En aquest sentit, des de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) l'any passat ja us vàrem parlar del programa de Prioritat Social, que hem posat en marxa com a conseqüència del fet que cada vegada són més les persones majors que es troben en una situació de risc o de vulnerabilitat. Una circumstància que fa uns anys era difícil de veure, però que actualment és, per desgràcia, cada vegada més freqüent.

I és que els temps canvien, i amb aquests els valors i les circumstàncies que ens envolten. El que no canvia mai és el dret de la persona a envellir dignament, a gaudir d'aquesta darrera etapa de la vida en bones condicions, envoltada de persones que l'aprecien i amb la millor qualitat de vida possible.

Aquesta tasca acostumava a recaure en els fills o en les filles, però ara, malauradament, i per diferents circumstàncies voluntàries o involuntàries, a vegades queda relegada a terceres persones o, fins i tot, oblidada, amb el conseqüent perill que aquella persona major no rebi l'atenció adequada. És en aquest punt on les institucions hem d'entrar en escena i ens hem d'assegurar del benestar d'aquella persona major.

Val a dir que quan parlem del programa de Prioritat Social ens referim ja a persones majors que es troben en una situació de vulnerabilitat, però per desgràcia, i com hem pogut comprovar des de l'IMAS, a vegades la gent gran pateix d'un mal en aparença inofensiu, però que pot accelerar-ne l'envelliment: la soledat.

En una època en què se suposa que la tecnologia ens facilita estar en contacte quan físicament ens trobam molt lluny uns dels altres, m'atreiria a dir que la soledat és més present que mai a moltes cases. Una soledat que a poc a poc pot anar provocant aïllament, desgana, depressió..., fenòmens que es poden accentuar en el cas de les persones majors, persones que ja de per si mateixes han vist minvada la seva vitalitat i que necessiten potser més la companyia que la medicina.

Des del Consell de Mallorca intentam evitar aquest aïllament tant com podem, amb els tallers a les diferents llars i residències que gestionam des de l'IMAS i amb els cursos de memòria que desenvolupam a diferents municipis de Mallorca i que, a més de mantenir activa la ment, cerquen precisament això: que les persones majors tenguin la necessitat i les ganes d'aixecar-se el dematí i vestir-se per a anar al curs a gaudir tant de les explicacions del responsable com de la companyia dels veïnats.

També trobareu en aquestes pàgines el compromís de l'IMAS de donar a cada persona allò que necessita. Així, a les nostres residències s'aposta per implementar eines de valoració que ens permetin conèixer la persona d'una forma integral i que en tinguin en compte totes les àrees d'atenció. Tal i com veureu en l'article publicat pel personal de l'IMAS sobre aquest aspecte, els temps canvien i cal valorar d'una manera diferent de com es feia anys enrere les necessitats de les persones que ingressen a residències; és necessari fer-ne una valoració d'una manera més actual, perquè així com no tots els infants són iguals, tampoc no ho són totes les persones majors.

En definitiva, des del Consell de Mallorca insistim en la necessitat de pensar en cada persona major com un ser únic i peculiar, de valorar-ne les característiques i les necessitats de manera individual i, en la mesura del possible, d'adaptar cada tractament a la persona i no adaptar la persona a un tractament generalitzat.

Els temps canvien, les persones canvien, i publicacions com la que teniu a les vostres mans ajuden tècnics, personal i responsables d'institucions o de departaments de serveis socials a aprendre de les noves realitats i a afrontar-les amb noves estratègies i solucions.

En aquest sentit, i com a responsable del Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca, un any més vull donar l'enhorabona i agrair la tasca de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia de la UIB per la publicació d'aquest anuari.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2014

Iniciam la presentació d'aquest anuari 2014 parant esment a diverses qüestions que pensam que tenen interès per a la reflexió. Les dades de l'envelliment demogràfic i les projeccions són una d'aquestes qüestions, com també la feminització de l'envelliment i alguns reptes de futur. La realitat demogràfica del nostre país planteja la necessitat de visualitzar l'envelliment com un procés en el qual tant la persona, com a subjecte actiu i responsable, com les institucions tenen un paper fonamental, contemplat a llarg termini i en un continuïum d'atenció. Pensam que l'abordatge adequat de l'envelliment demogràfic requereix una transformació del sistema d'atenció i serveis, de la formació dels professionals, dels sistemes d'informació i manteniment de la salut, dels sistemes de protecció legal, dels programes educatius i de voluntariat, del manteniment de les xarxes socials, del desenvolupament de normativa legal, que protegeixi els drets de les persones grans en diferents moments i en les situacions en les quals es requereixi. Pensar només en termes d'edat a partir de 65 anys o més, o fins i tot a partir de situacions de dificultat per raons de salut, de solitud, d'aïllament o de pobresa és el que acompanya les mesures a curt termini, que no sempre són les més indicades ni adequades ni per a la persona, ni per a la seva família, els serveis o la nostra societat.

Segons les dades del cens de població i habitatges 2011, la població d'Espanya a 1 de novembre de 2011 era de 46.815.916 persones. En relació amb el cens de 2001, va créixer en 5.968.445 persones, un augment del 14,6% atribuïble principalment al fort increment de la població estrangera. A les Illes Balears, l'augment va ser d'1.100.503 persones, o el 30,8%, la variació més elevada respecte al cens de 2001 del conjunt de totes les comunitats autònomes de l'Estat. Tot i això, l'arribada de població més jove no ha evitat el procés d'envelliment. En deu anys, la mitjana d'edat de la població espanyola ha augmentat 1,5 anys (1,1 anys a les Illes Balears). A 1 de novembre de 2011, l'edat mitjana a Espanya era de 41,5 anys, i de 39,9 anys a les Illes Balears, una de les comunitats autònomes més joves d'Espanya. D'acord amb això, a Espanya augmenta el pes de la població de 40 a 64 anys i disminueix el de la població de 16 a 39 anys, com també augmenta lleugerament la taxa de dependència¹ (de 0,485 el 2001 a 0,500 el 2011). Per cada persona en edat no activa hi ha gairebé dues persones en edat de treballar.

Espanya segueix, doncs, el seu procés d'envelliment, a 1 de novembre de 2011 el 17,3% de la població espanyola són persones més grans de 65 anys. En el cas de les Illes Balears aquest percentatge és del 14,5%, un dels més baixos de les comunitats autònomes espanyoles. El percentatge de persones de 80 i més anys és el 5,2% de tota la població. En la vellesa el sexe femení és el preponderant (34% més de dones que d'homes), perquè, encara que neixen més homes que dones, a partir dels 50 anys d'edat s'igualen, i augmenta el nombre de dones de forma progressiva. D'aquesta manera, hi ha un 76% més de dones que d'homes a partir de 80 anys. Major supervivència femenina per una major taxa de

¹ Relació entre població en edats no actives (més joves de 16 i més grans de 64 anys), i la població de 16 a 64 anys.

mortalitat masculina. L'esperança de vida en néixer és de 82,3 anys (79,3 per als homes i 85,2 per a les dones), un indicador que reflecteix les conseqüències de les polítiques sanitàries, socials i econòmiques.

Pel que fa a la ràtio de suport familiar, el nombre de persones de 85 i més anys per cada 100 de 45 a 65 anys ha anat augmentant progressivament, i la previsió és que seguirà augmentant. Així doncs, els recursos familiars per atendre aquesta població seran menors, perquè, segons les prediccions, Espanya seguirà envellint les properes dècades. Tenint en compte que la taxa de discapacitat augmenta amb l'edat, a 80 anys, més de la meitat de la població espanyola té problemes per realitzar les activitats quotidianes (INE, 2008). En aquest sentit, les aportacions de Durán (2014) sobre la demanda previsible de cures a mitjà termini a Espanya assenyalen que, en sols set anys (2015-2023), la demanda previsible de més grans de 80 anys augmentarà en un 20%.² Encara que la càrrega hauria de distribuir-se per igual entre totes les persones en edats actives (15-64 anys), no sembla un escenari molt realista a Espanya, on la proporció de dones entre els qui presten cures personals és tres vegades més gran que la d'homes, i en bona part de casos es tracta d'una prestació de cures no remunerada. Segons les dades de l'INE (2008) a partir de l'enquesta sobre discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència (EDAT), i segons el sexe, la persona que cuida els homes grans amb dependència és la dona (38,8%), seguida de la filla (21,7%). En el cas de les dones grans que necessiten ajuda, són també les filles en primer lloc les qui s'ocupen de la seva cura (35,4%), seguides d'altres familiars i amics (13,3%). Tal com Durán planteja en aquest mateix treball, es requereixen nous escenaris de distribució de la càrrega de la cura, més sostenibles, més justs, més igualitaris i més compatibles amb la incorporació de la dona a l'ocupació.

Quant a l'evolució de la població gran a Espanya, i d'acord amb les dades de l'INE, projeccions de la població a llarg termini, el cens de 2011 marca una línia a partir de la qual les projeccions de població mostren alguns canvis importants. Recordem que una dècada abans, el 2001, la població infantil de 0-14 anys havia estat superada per la de 65 anys i més. L'envelliment poblacional redueix el creixement demogràfic futur. Així, si entre 1900 i 2011 la població total va augmentar gradualment en valors absoluts (de 18.618.086 el 1900 a 46.815.916 el 2011), segons aquestes prediccions, i si es mantinguessin en el futur les actuals tendències demogràfiques, en quatre dècades (fins a 2051), s'anirà produint una pèrdua de població total a Espanya (41.699.556 el 2051). En quatre dècades Espanya perdrà segons aquestes prediccions una desena part de població. Des de 2018 hi haurà més defuncions que naixements. El creixement natural de la població serà negatiu des de 2020, i la figura gràfica de la distribució per edats de la població serà més semblant a un pilar.

² Sobre dades de l'INE, *Cifras de Población y Censos Demográficos. Proyecciones de población a corto plazo 2013-2023* (21/11/13).

Així, segons les projeccions INE fins a 2051, els majors creixements de població es produirien en edats avançades. En el cas de la població de 65 anys, des de 1900 (5,2% respecte al total del població) ha anat augmentant i ho seguirà fent segons aquestes prediccions, a un ritme aproximadament entre 3 i 6 punts percentuals cada dècada a partir de 2001, i es duplicarà en 40 anys. La projecció de l'INE per a l'any 2051 és de més de 15 milions de persones de 65 anys o més. Per grups d'edat, a partir de 65 anys els canvis percentuals serien: d'un 17,3% el 2011 a un 36,5% el 2051; de 65 a 79 anys d'un 12,1% el 2011 a un 21,2% el 2051; i de 80 i més anys d'un 5,2% el 2011 a un 15,3% el 2051.

Tal com indica el mateix INE (2010) a les notes metodològiques que incorpora a les dades de les seves projeccions, «una projecció consisteix en una simulació estadística de la població que residirà en un determinat territori en un futur sobre la base d'una sèrie d'hipòtesis d'evolució de cadascun dels fenòmens demogràfics bàsics que determinen el volum i estructura de la població: la fecunditat, la mortalitat i les migracions. La validesa dels seus resultats està condicionada, lògicament, al fet que aquestes hipòtesis s'acabin complint en la realitat». Referent a les projeccions demogràfiques i les seves conseqüències en la presa de decisions, J. A. Fernández (2014) aprofundeix en aquesta qüestió en un treball recent sobre demografia i pensions,³ on indica una certa disparitat de les dades en les projeccions demogràfiques disponibles més recents d'Eurostat i de l'INE i recomana prudència en la presa de decisions a llarg termini irreversibles, com en el cas del sistema públic de pensions (augment de l'edat de jubilació i rebaixa de les pensions), basat en projeccions de població a quaranta anys vista. Assenyala que una projecció de població és la quantificació d'un escenari futur que no sol incorporar ruptures de tendència. Així planteja ruptures de tendència com la millora de la situació econòmica, la reducció de l'emigració consegüent i un augment de la fecunditat. Considera que l'aspecte clau a considerar és l'argument econòmic i no el demogràfic; de manera que «si la demanda de treball és suficient, és a dir, si les condicions econòmiques permeten crear ocupació, la demografia mai serà un obstacle». L'augment de la població gran a partir de l'augment de l'esperança de vida a partir de 65 anys, també planteja la necessitat de fer les anàlisis i les propostes amb major detall, major transparència i major relació amb la categoria social. Sobre aquest tema, adverteix sobre les desigualtats segons la categoria social i com un retard en l'edat de jubilació perjudicaria els més pobres, l'esperança de vida dels quals és inferior a la mitjana.

Això és important tenir-ho en compte, perquè és evident que la transició demogràfica representa un repte pel que fa a ingressos, salut, ocupació i educació o benestar en general de la població. Les dades i les projeccions han de servir, d'una banda, per analitzar els punts forts i febles d'una societat amb una edat mitjana a partir de 40 anys, i també per analitzar de forma més precisa com es pot millorar les polítiques que duem a terme en aquests diferents àmbits de la qualitat de vida i el benestar social, amb la finalitat

³ <http://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/06/04/demografia-y-pensiones-por-j-a-fernandez-cordon/>

de brindar respostes més precises i sòlides a la realitat de l'envelliment, comptant amb els actors necessaris, incloent la població de diferents grups d'edat. L'era dels grans requereix comptar amb ells, incorporar-los al discurs de les polítiques a dur a terme, i amb aquesta finalitat s'han construït alguns sistemes de mesura per avaluar aquest benestar. L'índex global d'envelliment (IGE)⁴ n'és un. Les perspectives comparatives internacionals ens permeten avançar a partir d'altres experiències en aquest sentit de l'envelliment demogràfic i les polítiques i accions a dur a terme. L'IGE recull dades de 91 països (89% de la població mundial de 60 anys o més). Des d'una perspectiva comparativa, «l'índex demostra que una bona gestió de l'envelliment és a l'abast de tots els governs. També que la història de les polítiques de benestar social progressista marquen una diferència i que mai no és massa tard per preparar-se per a l'envelliment de la població» (Help Age International, 2013).

En termes absoluts i tenint en compte la grandària de la població, Espanya és un dels països d'Europa més envellits, juntament amb Alemanya, França, Regne Unit i Itàlia (Abellán, Vilches i Pujol, 2013). Des del punt de vista de l'IGE, Espanya se situa en la posició general del rànquing en el número 22 (67,6),⁵ per darrere dels països europeus més envellits, excepte d'Itàlia, que ocupa la posició número 27 (61,4). La nostra posició en el rànquing és millor, la 14 (79,1), en entorns adequats, que inclou com a indicadors connexions socials, seguretat física, llibertat cívica i accés al transport públic; però és pitjor, no obstant això, en ocupació i educació (posició número 50); i ocupa el lloc 39 en salut (57,6), i el 31 en seguretat d'ingressos (79,7). D'acord amb això, la nostra posició en aquests aspectes és millorable i no excusable després de la crisi econòmica. Encara que sí que hi ha un patró en relació amb la posició en el rànquing de l'IGE, i sens dubte té a veure amb els doblers invertits en la promulgació i engegada de polítiques de benestar social durant molt temps (aquest és el cas de Suècia, en la posició número 1 del rànquing i en un dels 10 primers llocs en els quatre àmbits de l'índex), hi ha excepcions a aquest patró en països amb menors ingressos i baix nivell de riquesa, que han invertit en polítiques amb impactes positius en l'envelliment. És el cas, per exemple, de Sri Lanka o Bolívia, que han fet inversions en educació, salut, atenció sanitària gratuïta per a les persones grans i pensions universals no contributives.

També sens dubte és important aprofundir en alguns aspectes fonamentals de l'organització social, emergents, que en aquest moment no estam abordant com correspon, i que sens dubte constitueixen bona part dels reptes que cal emprendre en el futur més immediat. Un d'aquests és la feminització de l'envelliment, que té a veure amb els rols de gènere i amb la salut, configurats per factors socials, econòmics, polítics i culturals, i no només per factors biològics.

⁴ L'IGE compara dades internacionals en quatre àmbits: estat dels ingressos de les persones grans, estat de la salut, educació i ocupació, i entorns adequats.

⁵ Les puntuacions mostren la distància sobre l'ideal, que és 100.

En aquest sentit, hauríem de poder respondre la pregunta sobre l'atenció a la salut i els serveis destinats a la gran població de dones grans. Algunes dades per a la reflexió les proporciona la mateixa demografia de l'envelliment. Tal com recullen Marmot i Bell (2010) (a Davidson, DiGiacomo i McGratz, 2011), els determinants de la salut com ara els baixos nivells educatius i la pobresa poden marcar un curs de la vida ple de penúries i de discapacitat. A més de qüestions socials i econòmiques, la capacitat de les dones per participar de forma activa en la presa de decisions i l'accés als recursos poden influir en la seva situació i el seu benestar. Tinguem en compte que les dones són més longeves. En totes les comunitats autònomes el seu pes percentual és més gran que el dels homes de la població més gran de 65 anys. En l'àmbit nacional el percentatge és del 57,42%. En el cas de les Illes Balears, el percentatge de dones és del 56,47%, segons les xifres de població de l'INE d'1 de gener de 2013 (Federación de Jubilados y Pensionistas de CCOO, 2014), i les conseqüències del tipus de vida que s'ha dut tenen a veure amb els condicionaments econòmics, culturals i socials i la construcció social a partir del gènere.

Des d'aquesta perspectiva, les dones tenen pitjor salut objectiva i subjectiva i major vulnerabilitat. A Espanya la seva esperança de vida (82,3 anys) és aproximadament 6 anys (79,3 anys) més elevada que la dels homes, i una de les més altes de la UE. La seva esperança de vida després de la jubilació és la tercera (22,5 anys) més alta, darrere Japó i França. Quant a la salut, si tenim en compte, d'una banda, que les persones grans representen el 41,9% de totes les altes hospitalàries, i de l'altra, un patró de mortalitat determinat fonamentalment per les malalties degeneratives i un patró de discapacitat per a activitats de la vida quotidiana que augmenta amb l'edat i és més elevat entre les persones analfabetes i les persones vídues —situació més freqüent en les dones—, la situació de vulnerabilitat de la dona quan es fa gran és molt alta. De fet, les dones presenten més mals que els homes. Pateixen amb més freqüència malalties cròniques com artrosis, artritis, reumatisme, hipertensió arterial i mal d'esquena. Pateixen també de forma més important depressió (17,59%) i ansietat (15,05%) (INE, 2011-2012).

En aquesta mateixa línia, un 36,1% de les llars en les quals la persona de referència és una dona de 65 anys o més, té el menor nivell d'ingressos (menys de 9.000 euros anuals). Des del punt de vista social, l'edat augmenta la possibilitat que les dones visquin soles i durant més temps (més del doble del percentatge d'homes que viu en llars unipersonals). Segons dades de l'INE (2011), al nostre país, en 1.279.486 de les llars viu una dona sola de 65 o més anys. A les Illes Balears són 25.999 (el 6,05%). A diferència dels homes de 65 o més anys (77,9%), només el 47,3% de les dones estan casades, segons dades de l'INE (2008) (Abellán, Vilches i Pujol, 2013). Així doncs, les dones grans són un col·lectiu molt vulnerable a la pobresa, a la mala salut i a la solitud, i disposen de menors recursos i suports quan en necessiten. Així doncs, per a moltes dones grans, l'envelliment assenyalava un període d'aïllament social i, en molts casos, d'adversitat econòmica. D'acord amb el que hem comentat, l'edat i el sexe constitueixen una doble discriminació, que s'agreuja quan

s'afegeixen altres condicions com discapacitat, orientació sexual, religió, tipus d'hàbitat, etc. Les polítiques i els programes que es duguin a terme en matèria d'envelliment han d'integrar de forma adequada aquestes variables.

Queda encara un llarg camí per respondre als reptes de l'envelliment al nostre país, alguns dels quals són similars als temes actuals i emergents en altres països, els quals han estat analitzats per organitzacions actives i de prestigi com la International Federation on Ageing, IFA (2012), des de la perspectiva del cicle vital i tenint en compte les persones grans com a protagonistes del seu propi procés d'envellir i de les qüestions que els preocupen ara i en el futur. Entre altres qüestions, assenyalen l'envelliment de la força laboral, la importància de mantenir les persones grans actives i connectades en el marc de l'envelliment actiu, la sostenibilitat del sistema de salut, el suport als cuidadors, la importància d'envellir al lloc de vida, l'abús i el maltractament i l'edatisme i la discriminació.

Tal com queda recollit a l'estudi, aquestes qüestions identificades poden situar-se com a punts de transició en un continuïtat vital de cures en el qual les persones grans també tenen el control del seu futur i la responsabilitat sobre la seva salut i el seu benestar. Pel que fa a l'abús a les persones grans (incloent abús sexual, financer i abús físic), encara que no és un tema nou, cal desenvolupar coneixements més exhaustius sobre aquesta qüestió, acompanyats de polítiques i pràctiques per prevenir-lo i tractar-lo, incloent el desenvolupament de la protecció legal. Des del punt de vista sanitari i social, es destaca la necessitat que els professionals i els serveis d'atenció primària de salut i de serveis socials estiguin formats i equipats per identificar i tractar l'abús.

Pel que fa al tema del cuidador i de les cures, els ocupadors comencen a plantejar-lo també des d'una perspectiva laboral, donant suport a polítiques específiques, de manera que els cuidadors puguin combinar la tasca de la cura amb l'ocupació remunerada. En definitiva, es tenen en compte els drets específics del cuidador mitjançant diferents fórmules com ara llicències amb sou, llicències sense sou, flexibilitat laboral, etc. Quant a la sostenibilitat del sistema de salut, una de les qüestions que es treballen és la vigilància, la prevenció i l'atenció a les malalties cròniques. La prevenció passa per generalitzar els sistemes de detecció i els programes de prevenció d'aquestes malalties no transmissibles.

La continuïtat laboral el màxim temps possible es comença a contemplar també com a mesura de continuïtat del sistema de salut i com a mesura preventiva del maltractament a les persones grans. La força laboral és un tema actual i emergent, connectat amb molts altres temes en aquells països en els quals la fertilitat comença a estar per sota de la taxa de reemplaçament. Romandre actiu i connectat amb les xarxes socials al llarg del cicle vital és un valor central del capital social, i ha de ser objecte de manteniment i desenvolupament a través tant de polítiques de desenvolupament comunitari com a través d'organitzacions de persones grans, voluntariat o formació continuada. Així mateix, la permanència en

la força laboral pot ser un valor afegit. Per això també es planteja com a alternativa a l'aïllament després de la jubilació, perquè permet estar actiu i connectat. Les fórmules flexibles d'activitat laboral, les prestacions opcionals, la formació permanent o les segones carreres entrarien en les propostes de permanència i manteniment de les persones grans en l'àmbit laboral per més temps. Respecte a l'edatisme i la discriminació, cal destacar un nou interès en la construcció de societats inclusives, polítiques integrals i enfocaments específics per combatre els estereotips que condueixen a la discriminació.

Un altre tema que genera molt interès és el d'envellir al lloc de vida. Triar on es vol viure i poder rebre suport per fer-ho. És la capacitat d'una persona per romandre vivint en la seva comunitat. Viure a casa, triar on es vol viure, és el que la majoria de població, sigui més jove o més gran de 65 anys, prefereix a altres opcions. El 87,3% de les persones grans prefereix viure a casa seva, encara que sigui sense companyia, i això també és així en el 65% de la societat espanyola. També prefereix rebre les cures en aquest entorn familiar (IMSERSO, 2010). Envellir al lloc de vida, en entorns coneguts, és un factor que comença a ser pres en consideració tenint en compte el dret a prendre decisions, o com a forma de mantenir la salut i el benestar fomentant les relacions amb la família, els amics i els cuidadors. Aquest tipus d'opcions planteja la necessitat de donar suport a models eficients i rendibles de serveis flexibles, i de llars funcionals adaptades a les persones i tenint també en compte el suport de la família. En definitiva i per resumir el que acabam de comentar, el repte de l'envelliment requereix la voluntat per abordar-lo tenint en compte la perspectiva del cicle vital i el manteniment de la capacitat funcional de la persona gran el major temps possible.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Vilches, J., i Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en Red, 6. [Data de publicació: 14/02/2014]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>.

Davidson, P. M., DiGiacomo, M., i McGratz, S. J. (2011). The Feminization of Aging: How will this impact on health outcomes and services? *Health Care for Women International*, 32, pp. 1031-1045.

Durán, A (2014). Mujeres y hombres ante la situación de dependencia. *Seminario de políticas públicas de atención a personas mayores dependientes. Hacia un sistema integral de cuidados*. Madrid: IMSERSO.

Federación de Jubilados y Pensionistas de CCOO (2014). *Informe 2014. Envejecimiento activo en las mujeres mayores*. Madrid: Autor.

Help Age International (2013). *Índice Global de Envejecimiento. Los mayores cuentan*. <http://www.globalagewatch.org>.

IMSERSO (2010). *Encuesta mayores 2010*. Madrid: Autor.

INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*. Madrid: Autor.

INE (2010). *Proyección de la población de España a largo plazo (2009-2049)*. Madrid: Autor.

INE (2011). *Censo de Población y Viviendas*. Madrid: Autor.

INE (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Madrid: Autor.

International Federation on Ageing, IFA (2012). *Current and emerging issues in ageing*. Toronto: Autor.

**PLANS DE PREVENCIÓ
DE LES SITUACIONS DE DEPENDÈNCIA I
PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL
A LES ILLES BALEARS:
APOSTES SEGURES SOBRE CONDICIONS
DE VIDA SALUDABLES**

Plans de prevenció de les situacions de dependència i promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears: apostes segures sobre condicions de vida saludables

M^a Dolores Castilla Quintero

Sira Fiz Vozmediano

M^a Carmen Maestre Bernal

José Roberto Peñalver García

Rosa Perelló Ferrer

Miriam Ramírez León

M^a Victoria Riado Rian

Francisca Isabel Rodríguez Fiol

M^a Dolores Valenzuela Fernández

Resum

Des de la promulgació, el 2006, de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, no només han transcorregut més de set anys, sinó que han passat centenars d'oportunitats d'abordar la primera part del títol d'aquesta llei d'una manera general a la nostra comunitat.

Fins ara tots els nostres esforços i els de l'administració central han anat encaminats, principalment, a la part assistencial de les persones amb dependència, però en aquests moments d'incertesa socioeconòmica creiem que és necessari fer un pas endavant i començar a destinar part de la nostra dedicació a desenvolupar i aplicar a les Illes Balears un pla que, seguint les línies i els objectius del pla de prevenció fruit de l'Acord del Consell Territorial de l'any passat, pugui ser l'inici de l'execució de les mesures que contribueixin a convertir en realitat els principis de la prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia personal.

Per tot això, en aquest article analitzarem el context del Pla de prevenció nacional i com aterrar en el que ha de ser la primera fase del Pla de prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears, per la qual cosa ens centrarem en les activitats concretes que ha de dur a terme la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

Resumen

Desde la promulgación, el 2006, de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, no solo han transcurrido más de siete años, sino que han pasado centenares de oportunidades de abordar la primera parte del título de esta ley de una manera general en nuestra comunidad.

Hasta ahora todos nuestros esfuerzos y los de la administración central han ido encaminados, principalmente, a la parte asistencial de las personas con dependencia, pero en estos momentos de incertidumbre socioeconómica creemos que es necesario dar un paso adelante y empezar a destinar parte de nuestra dedicación a desarrollar y aplicar en las Islas Baleares un plan que, siguiendo las líneas y los objetivos del plan de prevención fruto del Acuerdo del Consejo Territorial del año pasado, pueda ser el inicio del desarrollo de las medidas que contribuyan a convertir en realidad los principios de la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal.

Por todo esto, en este artículo analizaremos el contexto del Plan de prevención nacional y como aterrizar en lo que será la primera fase del Plan de prevención de la dependencia y

promoción de la autonomía personal en las Islas Baleares, por lo que nos centraremos en las actividades concretas que tiene que llevar a cabo la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

1. Plans de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal

Es produeix una novetat important amb la promulgació de la Resolució de 23 d'abril de 2013, de la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència sobre criteris, recomanacions i condicions mínimes per a l'elaboració dels plans de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal. Així, per primera vegada i d'una manera coordinada a tot el territori, es comença a parlar de prevenció i de promoció a la dependència. De l'anàlisi d'aquesta resolució, podem destacar que:

Tal com recull l'article 21 de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, la prevenció de les situacions de dependència «Té per finalitat prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i de les seves seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat, entre els serveis socials i de salut, d'actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació adreçats a les persones grans i persones amb discapacitat i als qui es veuen afectats per processos d'hospitalització complexos».

Les previsions recollides en aquest article constitueixen una bona oportunitat de promoure la coordinació i la cooperació interadministrativa per garantir una atenció integral i integrada i per millorar la qualitat dels serveis especialitzats en l'atenció a aquestes persones.

L'objecte principal dels plans de prevenció de les situacions de dependència és disminuir la prevalença i la incidència de deficiències i discapacitats que puguin donar lloc a situacions de dependència, i millorar o conservar la qualitat de vida de les persones en situació de dependència o en risc de patir-ne.

La població destinatària dels plans és tota aquella en la qual hi pugui haver risc de sofrir l'aparició o l'agreujament d'una situació de dependència, així com els seus curadors o les seves curadores no professionals, parant esment no solament en la condició de salut, sinó també en els diferents factors ambientals que condicionen el seu funcionament.

El desenvolupament posterior d'aquests plans autonòmics s'ha d'orientar tant a la ciutadania en general com als col·lectius de població més vulnerables i a les persones que es troben en situació de dependència.

Els plans de prevenció de les situacions de dependència han de procurar implementar una visió general basada en les necessitats de suports, i no en criteris d'edat o de col·lectius, per superar les barreres, les limitacions derivades de l'edat, etc., en els requisits que s'estableixin en les polítiques, els programes, els serveis i els recursos derivats d'aquests plans.

1.1. Objectius generals

S'han determinat com a objectius generals dels plans de prevenció de les situacions de dependència:

- Fomentar la promoció de l'autonomia i la prevenció de la dependència, tot garantint la igualtat d'oportunitats en tot el territori nacional.
- Contribuir a augmentar l'esperança de vida lliure de dependència de la ciutadania, a promoure estils de vida saludables entre la població general que fomentin l'autonomia i a promocionar hàbits saludables i d'autocures entre les persones amb dependència per millorar-ne la salut i la funcionalitat.
- Impulsar mesures de prevenció de la dependència en la població general i facilitar l'accés de les persones en situació de dependència a les mesures preventives actualment accessibles a la població autònoma amb els seus mateixos perfils de risc.
- Reduir l'impacte de la dependència sobre la qualitat de vida dels qui la pateixen i dels qui n'exerceixen la cura.
- Garantir que tant les persones en situació de dependència com les persones curadores puguin beneficiar-se d'activitats preventives de qualitat, basades en la millor evidència científica disponible.
- Promoure la sensibilització i la formació en tots els col·lectius professionals implicats en la promoció de l'autonomia i en la prevenció de la dependència.
- Impulsar la recerca orientada a l'acció entorn de la prevenció de la situació de dependència.
- Promoure el treball intersectorial i la participació de la ciutadania, especialment

dels col·lectius afectats, en el desenvolupament de cadascuna de les àrees d'intervenció que es contemplen.

Les comunitats autònomes, o l'administració que en tingui la competència, han d'articular les fórmules perquè, en el desenvolupament dels seus plans autonòmics, s'incloguin els criteris comuns, les recomanacions i les línies generals d'actuació establerts en aquest acord.

Així mateix s'ha de crear una comissió tècnica interadministrativa en cadascuna d'elles, amb la finalitat que, en el termini de dotze mesos des de l'aprovació d'aquest acord, elabori aquest pla.

Posteriorment, amb una periodicitat de quatre anys, aquesta comissió tècnica interadministrativa realitzarà el seguiment del pla i l'adequada avaluació de l'impacte social, i el coordinarà, a fi de reajustar-lo i/o aprofundir en les polítiques públiques d'atenció a les persones en les quals hi pugui haver risc de sofrir l'aparició o l'agreujament d'una situació de dependència, a les quals van dirigits aquests plans.

El Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència estableix en el present acord que, amb una freqüència almenys biennal, s'han de fer intercanvis d'experiències, innovacions i bones pràctiques sobre la prevenció de les situacions de dependència, entre comunitats autònomes i el Consell Territorial, seguint el mètode tècnic obert de coordinació de la Unió Europea.

1.2. Principis del plans de prevenció

Els plans de prevenció de les situacions de dependència haurien de tenir en compte els següents principis:

A. Universalitat. La prevenció de les situacions de dependència ha d'anar encaminada a aconseguir que la població en general millori la seva qualitat de vida en condicions d'igualtat efectiva i no discriminació.

És necessari que les actuacions de prevenció de les situacions de dependència siguin de responsabilitat pública i universal per a totes les persones que les hagin de menester.

B. Atenció personalitzada, integral i contínua. Els plans de prevenció de les situacions de dependència han d'atendre dues circumstàncies específiques. D'una banda, han de tenir en compte la prevenció de la situació de dependència pròpiament dita, és a dir, han de promocionar l'autonomia i han de prevenir tots aquells esdeveniments que poden conduir a perdre-la i, com a resultat, entrar en situació de dependència.

D'altra banda, també han d'atendre la prevenció durant la situació de dependència, a fi de procurar la millor qualitat de vida possible, àdhuc quan ja es pateix, per la qual cosa han de lluitar per evitar-ne la progressió.

En tots dos casos s'ha de posar especial èmfasi a aconseguir la correcta orientació i ubicació de la persona, tot intentant que la prestació es faci en el nivell assistencial inferior possible i amb un criteri de temporalitat que permeti la revisió de les situacions i les necessitats de suports, i el seu ajust.

Aquests plans han d'oferir una atenció personalitzada, amb la participació i implicació de la persona. Ajustada a les seves capacitats i a les necessitats particulars, tant físiques com psicològiques o socials, i/o a les necessitats de la família o de la persona curadora, i basada en l'avaluació integral de la seva situació.

Han de garantir la continuïtat i la integralitat de l'atenció i han de tenir en compte les condicions de l'entorn social, cultural, familiar i laboral, fins i tot quan impliquen diferents administracions o sistemes.

C. Transversalitat. Els plans de prevenció han de tenir en compte la transversalitat de les polítiques de promoció de l'autonomia personal i de prevenció de situacions de dependència, i han d'incloure mesures de caràcter interdepartamental i interinstitucional.

D. Igualtat i equitat amb perspectiva de gènere. Les administracions públiques, en els seus corresponents plans de prevenció de la dependència, han de garantir que tant la valoració de riscos i necessitats de les persones i grups socials com, si s'escau, l'accés a les prestacions i serveis es realitzaran conformement a criteris d'equitat i igualtat efectiva d'oportunitats, amb la finalitat d'evitar la discriminació per raó de sexe, edat, situació social o econòmica, procedència geogràfica o ètnica i diversitat cultural.

Especialment, els plans de prevenció de les situacions de dependència han de tenir en compte les diferents necessitats de dones i homes —tant les de les persones afectades com les de les qui en tenen cura— i tenir present la feminització de la dependència, tot adoptant, mentre sigui necessari, mesures específiques per a dones, que han de corregir l'especial vulnerabilitat per raó de gènere quant a riscos d'exclusió vinculats a la discapacitat i la dependència.

E. Qualitat. En el desenvolupament de les mesures que es recullen en els plans de prevenció s'ha de facilitar la fixació de criteris comuns per garantir uns determinats estàndards essencials de qualitat.

S'ha de procurar establir criteris de seguretat, sistemes basats en el model de qualitat de vida i indicadors que permetin l'avaluació de la qualitat de les actuacions.

Les administracions han de fomentar la millora dels esmentats estàndards i han de promoure el desenvolupament d'una gestió orientada a l'optimització de recursos i a la millora contínua de procediments.

F. Participació ciutadana. Els plans de prevenció de les situacions de dependència han d'establir els canals de comunicació i les fórmules de col·laboració necessaris per promoure i desenvolupar la participació de les entitats socials en la identificació i l'anàlisi de la situació, en la realització de programes de caràcter preventiu, que millorin l'atenció i la qualitat de vida de les persones en situació de dependència, o en risc de patir-ne.

En la planificació, desenvolupament, avaluació i seguiment de les qüestions inherents a la prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal s'ha de promoure la col·laboració solidària de les organitzacions i els grups, així com la participació de les persones usuàries i de la ciutadania en general.

G. Cooperació i coordinació. Les administracions públiques han d'actuar de conformitat amb el deure de cooperació de les unes amb les altres, de forma efectiva i real, tot responenent a un plantejament multisectorial.

A més de la coordinació entre el sistema sanitari i els serveis socials, directament implicats en la intervenció en situacions de dependència, han d'establir-se mecanismes de coordinació eficaços entre altres sistemes i polítiques públiques, orientades, així mateix, a prevenir la dependència, a fi d'optimitzar els recursos humans i econòmics. A més, s'ha de determinar en quines situacions hi ha una responsabilitat compartida i en quines altres ha de ser assumida pels serveis socials o per altres àmbits.

Aquesta coordinació convé establir-la a través de l'oportú marc normatiu i assentar-la sobre processos i protocols bàsics de coresponsabilitat entre els agents, els serveis i els professionals implicats en els objectius de la promoció i la prevenció i en l'intercanvi d'informació de contingut mínim i bàsic per al conjunt de l'Estat.

H. Interdisciplinarietat. Els plans de prevenció, a fi de garantir el caràcter integral de l'acció preventiva prestada i l'aplicació racional i eficient dels recursos públics, han d'afavorir la interdisciplinarietat de les intervencions i han de promoure el treball en equip i la integració de les aportacions de les diverses professions dels àmbits sanitaris i socials i de qualsevol altra que sigui idònia.

I. Proximitat. Atenent al principi de proximitat, la prestació de les actuacions, quan la seva naturalesa ho permeti, ha de respondre a criteris de màxima descentralització.

Aquestes actuacions han de desenvolupar-se el més properes possible al domicili particular i impulsar les actuacions conjuntes amb les administracions locals, tenint en compte les zones rurals i/o les peculiaritats pròpies de cada comunitat autònoma. A aquests efectes també ha de ser considerada la població institucionalitzada o usuària de centres de dia.

J. Responsabilització. Els plans de prevenció de les situacions de dependència han d'articular mesures que contemplin la responsabilitat individual en la participació i la utilització dels recursos i serveis disponibles en la comunitat.

K. Sostenibilitat. Els plans de prevenció de les situacions de dependència han de contemplar la seva viabilitat i sostenibilitat.

2. Els inicis dels plans de prevenció de les situacions de dependència i promoció de l'autonomia personal a la CAIB

Els plans de prevenció de les situacions de dependència s'han de dur a terme a través de nou línies d'actuació que es desenvoluparan mitjançant diversos objectius específics. La Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal (en endavant FBD), de la Conselleria de Família i Serveis Socials, entitat prestadora del servei, potencia «la participació i el suport familiar», amb dos objectius específics:

- Proporcionar a les persones curadores no professionals el suport necessari per a la realització correcta de les cures.
- Promoure i facilitar la participació i la col·laboració ciutadana en el disseny i l'elaboració dels programes de prevenció.

Per al primer objectiu, es faran les accions següents:

- Dur a terme programes d'informació, orientació i assessorament, i de capacitat per a la prestació de cures a la persona en situació de dependència i per tenir cura de la pròpia salut física, emocional i social.
- Desenvolupar programes de respir familiar per prevenir la sobrecàrrega i evitar la claudicació de les persones curadores no professionals.

Per al segon objectiu, es duran a terme les accions següents:

- Establir vies de coordinació amb els agents socials per augmentar els coneixements de la població sobre salut i també les habilitats per participar en el control dels factors que l'afecten.
- Promoure canals i espais de participació que facilitin les aportacions de la ciutadania a través d'organitzacions no governamentals del moviment associatiu, tant grupals com individuals, per definir les accions preventives i assenyalar i identificar les situacions de risc.
- Impulsar l'associacionisme i les diverses formes d'organització social i ciutadana com a motors d'una participació efectiva en les polítiques públiques dels àmbits implicats en matèria de prevenció de les situacions de dependència.

Des de la posada en funcionament de la Llei de dependència els encarregats de negociar els PIA (Programa Individual d'Atenció) han estat els treballadors socials contractats per la FBD. Inicialment es va plantejar que s'integrassin en els equips professionals dels serveis socials municipals amb l'objectiu de sumar esforços en l'atenció de les necessitats de la població general, però amb els anys i per la impossibilitat de donar resposta a les necessitats generades per l'aplicació de l'esmentada llei, entre d'altres motius, s'ha mantingut la territorialització i coordinació tècnica, però les funcions són exclusivament les encomanades per la FBD.

Aquest canvi ha permès unificar l'objectiu de l'equip de treballadors socials de dependència i iniciar una feina conjunta de detecció de necessitats i valoració de l'aplicació dels serveis i les prestacions del catàleg. Així doncs, al final de l'any 2012 es va iniciar el seguiment dels casos resolts en el sistema amb una prestació econòmica, amb l'objectiu de valorar-ne la idoneïtat i de detectar-hi les necessitats de la població dependent, donat que fins a aquell moment s'havia fet el seguiment dels casos que el treballador valorava que hi havia un possible risc.

A la següent taula podem observar el comportament de la mitjana nacional en resolució de prestacions i la seva tipologia:

Taula 1 | *Persones beneficiàries. Situació el dia 31 de maig de 2014*

	Illes Balears		Nacional	
	Nº	%	Nº	%
Persones beneficiàries amb prestacions	11.425		736.777	
Prevençió dependència i promoció de la autonomia personal	2	0,02	22.782	2,46
Teleassistència	0	0,00	115.914	12,53

Ajut al domicili	48	0,41	117.497	12,71
Centres de dia/nit	943	8,13	70.178	7,59
Atenció residencial	2.028	17,49	128.985	13,95
P. E. Vinculada servici	343	2,96	71.800	7,76
P. E. Atenció familiar	8.232	70,99	395.909	42,81
P. E. Assistència personal	0	0,00	1.713	0,19
TOTAL	11.596	100,00	924.778	100,00
Ràtio de prestacions per persona beneficiària	1,01		1,26	

Font: Elaboració pròpia Imsero SAAD juny 2014

Com podem observar a la taula, hi ha un 30% de diferència en la prestació econòmica de cures a l'entorn respecte de la mitjana nacional. Si hi donam una ullada més podrem comprovar que aquesta diferència correspon a la suma dels percentils de les prestacions no implementades en la nostra comunitat (servei d'ajuda al domicili, teleassistència, promoció de l'autonomia i l'assistent personal), motiu que reforça més la línia que s'ha començat amb el projecte pilot del servei d'ajuda al domicili i el programa PROPER de prevenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal.

Arran de l'anàlisi de la revisió dels expedients i de la intervenció directa dels casos iniciats en el 2007 que reben la prestació econòmica per cures en l'entorn familiar es detecta que la majoria dels casos no han sofert canvis positius en la seva situació de dependència i que per causa, majoritàriament, de la situació de crisi viscuda en aquests anys, la prestació econòmica s'ha invertit en pal·liar les situacions econòmiques precàries i no tant les situacions de dependència del sol·licitant.

És evident que davant la insuficiència de recursos i de serveis en el catàleg, els PIA s'han orientat a la prestació econòmica i que, per poder donar una resposta diferent, el catàleg de serveis s'ha d'ampliar tenint en compte les necessitats detectades.

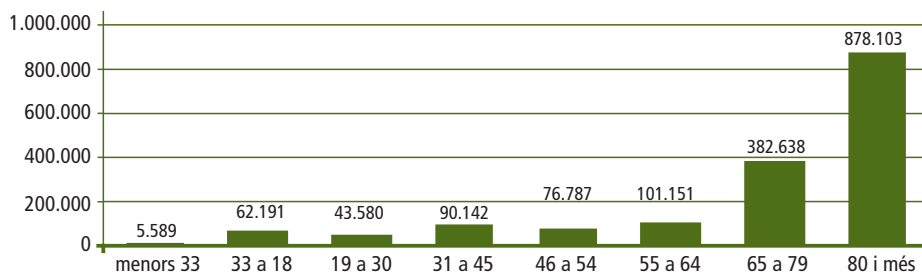
Així s'ha observat que:

- Els usuaris volen mantenir-se en el seu domicili.
- La majoria no conviu amb un curador que n'exerceixi les cures de manera diària.
- Alguns usuaris expressen que no els satisfà anar diàriament a un centre de dia, encara que pensen que haurien de sortir més sovint del seu domicili.
- La distància dels serveis i la manca de transport és un handicap a l'hora de participar en les activitats.

Per aquest motiu es comença a gestar la idea d'un servei de promoció de l'autonomia i de prevenció de la dependència itinerant i que s'acosti a l'usuari.

Un altre aspecte que s'ha de tenir en compte és la població diana, a la qual centrarem els nostres esforços. Donat que els recursos de què disposam sempre són escassos, hem hagut d'analitzar els perfils dels dependents que tenim i, com es pot veure al gràfic següent, hem de centrar la nostra atenció en la població més gran de 55 anys, per poder donar una millor resposta al major nombre d'usuaris. Això no significa que deixarem d'intervenir en els altres grups de població o perfils. Simplement, gran part dels grups que es crearan es faran atenent aquesta línia d'intervenció.

Gràfic 1 | Sol·licitants per tram d'edat



Font: estadístiques Imsero SAAD juny 2014

3. Proper



Foto:

Dos participants del programa PROPER.

Juny 2014

PROPER (el nom sorgeix de les primeres lletres de les paraules promoció i prevenció i del significat literal del mot, «al teu costat») neix en una primera fase com a resposta a les necessitats reals dels nostres usuaris de la xarxa de dependència.

És un servei gratuït de prevenció i de promoció de l'autonomia personal, en el qual s'atén els usuaris dependents en grup i comunitàriament, però també individualment. Com a principal finalitat es vol potenciar i preservar les capacitats funcionals i les habilitats personals que permeten romandre en l'entorn familiar el major temps possible en funció del projecte vital de cada persona.

Es duu a terme mitjançant l'atenció domiciliària i grupal a través de programes d'ajuda i assessorament. Es proporcionen les eines que permeten als usuaris mateixos i als seus curadors preservar i/o millorar l'autonomia personal per al desenvolupament de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària (ABVD).

Entenem la necessitat de la persona a un entorn biopsicosocial, d'aquí el nom del programa. Per això creim en la importància d'implementar un servei que sigui itinerant a fi d'apropar-lo als usuaris i poder arribar, així, a tots els municipis.

Aquest servei ofereix un conjunt d'actuacions destinades a prevenir l'aparició, o l'agreujament, de malalties o discapacitats i de les seves seqüeles, i a donar suport a la vida independent a través de la promoció de condicions de vida saludables i de programes específics de caràcter preventiu i/o rehabilitador, integració i millora del desenvolupament personal i la integració en la vida comunitària.

Des del nostre punt de vista, es fa necessari reforçar i reorientar aquest sistema per atendre les necessitats de la població gran en situació de dependència; ampliar els recursos del catàleg; i incidir en la promoció de l'autonomia i la prevenció de la dependència. A més, es fa imprescindible potenciar i augmentar l'atenció geriàtrica especialitzada, incrementar-ne els recursos i l'atenció de llarga durada, especialment al seu entorn, i que ens adaptem a la complexitat i diversitat de les necessitats. Aquesta és la primera fase del pla de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a la CAIB, per la qual cosa els professionals de la Fundació duen a terme diferents activitats:

- Promoció de la vida sana. Activitats destinades a promoure un estil de vida saludable; a tenir una bona alimentació, sana i equilibrada, i una higiene adequada; a fer activitat física de manera regular; a fer un bon ús de la medicació; a adoptar altres mesures terapèutiques; i a conèixer la importància dels bons hàbits del son i el descans.
- Cuida't. Promoure la salut com a valor fonamental i recurs bàsic per al desenvolupament personal i social. Intervencions orientades a mantenir la capacitat per realitzar

les ABVD i per evitar l'aparició de limitacions funcionals per assolir el major nivell d'autonomia personal i una bona qualitat de vida. Programes de foment, d'assessorament i entrenament d'ús de productes i tecnologies de suport i d'adaptació funcional de l'habitatge.

- **Habilitats socials.** Tallers per millorar les relacions familiars i per prevenir l'esgotament familiar a través d'activitats per reforçar l'usuari i els seus cuidadors, per treballar l'autoconeixement, per millorar les habilitats comunicatives, per incrementar l'autocontrol emocional, per controlar conductes agressives i passives i per fomentar l'autoestima.
- **Ment en forma.** Activitats per estimular i mantenir les capacitats cognitives, i per millorar les funcions superiors, com el raonament, la concentració i l'atenció, el llenguatge i altres.
- **Desenvolupament personal.** Intervenció individual domiciliària amb l'objectiu de posar en pràctica les eines apreses als tallers grupals dins l'entorn domiciliari, i per detectar-hi altres necessitats que s'haurien de treballar. Programes d'integració a la vida comunitària com la connexió amb serveis i recursos dels centres de salut, associacions de tercera edat, centres educatius...

Si bé PROPER és un programa viu que s'anirà adaptant a les necessitats dels usuaris, per diferents factors es llança una primera fase per atendre especialment les necessitats dels més grans. En fases següents volem donar resposta als diferents col·lectius de la població dependent, a partir dels diagnòstics i la detecció dels professionals de referència.



*Foto:
Primer taller PROPER a Manacor*

Referències bibliogràfiques

Rodríguez-Picavea, A., Romañach, J. (2006). *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Disponible a: <http://www.asoc-ies.org/docs/la_figura_del_asistente_personal_v1-1.pdf>.

Ruiz-Huerta Carbonell, J. El déficit de servicios sociales: ¿Qué pasó con el gasto social en España?. *Revista Circunstancia*. Ay II, núm. 4, maig 2004.

SAAD. *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Prestaciones reconocidas. Situación a 1 de junio de 2014*. Disponible a: <<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20140630compb.pdf>>.

Autors

M^a DOLORES CASTILLA QUINTERO

Madrid, 1967. És diplomada en infermeria, habilitada com a educadora social. Actualment treballa a la Fundació Balear de la Dependència desenvolupant la seva tasca al programa PROPER.

SIRA FIZ VOZMEDIANO

Madrid, 1979. És tècnica professional en dependència; màster en dependència i gestió de serveis socials, per la Universitat de la Corunya; màster en gestió i planificació de residències, per l'Escola Superior de Postgrau de la Fundació Espanyola de Geriatria i Gerontologia; i experta universitària en atenció geriàtrica i gerontologia. El 2007 va començar a treballar com a administrativa a la Fundació d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears, en la qual ha desenvolupat la seva trajectòria professional. El 2010 passà a ser la directora en funcions de la residència i el centre de dia Oms-Residència Sant Miquel, de Palma, fins a 2013. Actualment és la directora tècnica de la Fundació.

M^a CARMEN MAESTRE BERNAL

Palma, 1973. És diplomada en fisioteràpia. Curs de pilates terapèutic per a fisioterapeutes. Actualment és treballadora de la Fundació d'Atenció a la Dependència desenvolupant la seva tasca al programa PROPER.

JOSÉ ROBERTO PEÑALVER GARCÍA

Palma, 1975. És diplomat i graduat en treball social; màster en dependència; màster en direcció de serveis socials; avaluador i assessor nacional de competències professionals en l'àmbit sociosanitari. Actualment és coordinador dels treballadors socials de la Fundació d'Atenció a la Dependència.

ROSA PERELLÓ FERRER

Palma, 1972. És diplomada en treball social i postgraduada en intervenció familiar sistèmica. Actualment és coordinadora dels treballadors socials de la Fundació d'Atenció a la Dependència.

MIRIAM RAMÍREZ LEÓN

Barcelona, 1970. És diplomada en treball social i tècnica especialista en direcció i gestió dels serveis socials. Actualment és coordinadora dels treballadors socials de la Fundació d'Atenció a la Dependència.

M^a VICTORIA RIADO RIAN

Palma, 1983. És diplomada en treball social; màster en intervenció i mediació familiar. Actualment treballa a la Fundació d'Atenció a la Dependència desenvolupant la seva tasca al programa PROPER.

FRANCISCA ISABEL RODRÍGUEZ FIOI

Palma, 1978. És diplomada i graduada en treball social, tècnica superior en atenció a persones dependents i postgraduada en intervenció familiar sistèmica. Actualment treballa a la Fundació d'Atenció a la Dependència desenvolupant la seva tasca al programa PROPER.

M^a DOLORES VALENZUELA FERNÁNDEZ

Palma, 1978. És diplomada en treball social, tècnica superior en prevenció de riscos laborals i postgraduada en implantació de plans d'igualtat i conciliació. Actualment és treballadora de la Fundació d'Atenció a la Dependència desenvolupant la seva tasca al programa PROPER.

ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE: EL CAS DE LES ILLES BALEARS

Envelliment actiu i saludable: El cas de les Illes Balears

Joan Carles March i Cerdà

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

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

Luís García Montero, que diu:

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

Resum

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

1. Introducció

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Dades a tenir en compte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les cinc causes de mort en homes són:

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

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

I en dones:

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

Sobre els estils de vida

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

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

3. Altres hàbits

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

4. Pràctiques preventives

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

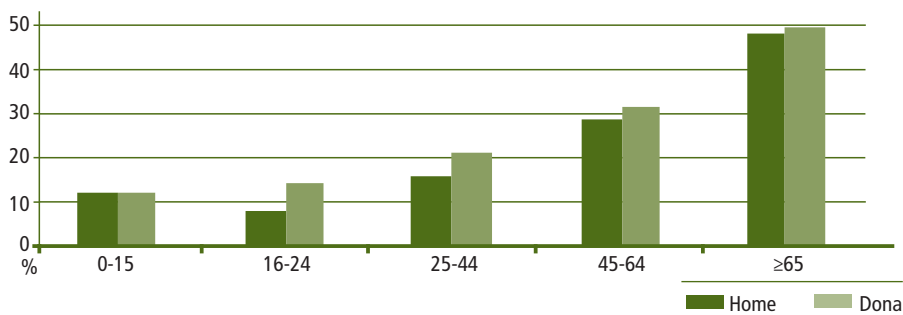
Sobre les malalties i la salut percebuda

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

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

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

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



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

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

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

B. Paraules de gent gran sobre un envelliment saludable

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

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

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

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

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

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

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

3. Conclusions

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

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

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

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

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

Referències bibliogràfiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autor

JOAN CARLES MARCH I CERDÀ

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

LLEI DE DEPENDÈNCIA I DRET SUBJECTIU

Llei de dependència i dret subjectiu

Sira Fiz Vozmediano

Francesc Mas Ferrari

Javier Ureña Morales

Resum

L'article 1.1 de 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 primer punt «el dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en els termes que estableixen les lleis, mitjançant la creació d'un Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques».

Així, l'atenció a les persones dependents queda configurada com un dret subjectiu per a tots els ciutadans que compleixin els requisits marcats per la llei. No obstant això, l'escassa dotació pressupostària per a la seva aplicació i les males previsions inicials han provocat un retard notable en l'accés de molts dependents a les prestacions reconegudes per la legislació. A més, diverses comunitats autònomes, davant l'escassetat de places assistencials per oferir als usuaris o pel retard en la implantació de tots els recursos establerts en la cartera de serveis, veuen com l'aplicació del dret subjectiu desemboca en un nombre important d'usuaris que depenen de l'ajuda econòmica per a la seva cura, quan la voluntat del legislador era precisament que fos una ajuda residual.

Per tot això, set anys després de l'entrada en vigor de la Llei de dependència, és oportú estudiar la repercussió de l'aprovació d'aquest dret dels ciutadans i l'actuació de les administracions públiques per garantir-los l'exercici d'aquest dret.

Resumen

El artículo 1.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, reconoce en su primer punto «el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas».

De esta forma la atención a las personas dependientes queda configurada como un derecho subjetivo para todos los ciudadanos que cumplan los requisitos marcados por la ley. Sin embargo, la escasa dotación presupuestaria para su aplicación y las malas previsions iniciales han provocado un retraso notable en el acceso de muchos dependientes a las prestaciones reconocidas por la legislación. Además, algunas comunidades autónomas, ante la escasez de plazas asistenciales que ofertar a los usuarios o el retraso en la implantación de todos los recursos establecidos en la cartera de servicios, ven como la aplicación del derecho subjetivo desemboca en un número importante de usuarios que

dependen de la ayuda económica para su cuidado, cuando la voluntad del legislador era precisamente que esa fuese una ayuda residual.

Por todo ello, siete años después de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, es oportuno estudiar la repercusión de la aprobación de este derecho de los ciudadanos y la actuación de las administraciones públicas para garantizarles su ejercicio.

1. Llei de dependència i dret subjectiu

1.1. Introducció: antecedents, desenvolupament i fonaments constitucionals de la Llei de dependència

La situació de l'Estat espanyol als anys 90 obligà que, el 2004, es redactàs el Llibre Blanc de la Dependència a Espanya, que recollia una estimació demogràfica de la incidència i les característiques de la població dependent a Espanya, i feia un repàs de la legislació relacionada i dels recursos vigents fins al moment per a la protecció d'aquest col·lectiu.

Per poder decidir l'opció més adient per al cas del nostre Estat, a més de l'estudi de la situació d'atenció a la dependència per part dels serveis socials a Espanya, es va analitzar la legislació que protegia els dependents a la resta d'Europa. Segons l'esmentat anàlisi hi havia tres models:

1. Model assistencial: emprat al sud d'Europa. Sistema públic de cobertura limitada a persones sense recursos.
2. Model de protecció a través de la Seguretat Social: adoptat per Alemanya, Àustria, Luxemburg i França. L'atenció a la dependència es fa a través de lleis de seguretat social, de forma que és un dret accessible sols als treballadors que han cotitzat i fonamentalment finançat per les cotitzacions del treball o mitjançant la nòmina o mitjançant impostos. Es reconeix la dependència com a un dret subjectiu, sense tenir en compte la capacitat econòmica de la persona, encara que estableix un copagament i un màxim en les prestacions.
3. Model de protecció universal: vigent als països nòrdics i Holanda. Model d'accés universal finançat mitjançant impostos de l'administració central i regional. Està basat en les prestacions de serveis, ja que l'ajuda informal en aquests països és menys important que al sud d'Europa.

A Itàlia, Grècia i Portugal no hi havia cap model d'atenció a la dependència, per la qual cosa Espanya era el primer país del Mediterrani a plantejar-se una llei d'aquest tipus.

Tots els models comparteixen determinades característiques:

1. Copagament: fet que provoca que sigui una prestació distinta de l'educació o la sanitat, que a Espanya són de caràcter universal i gratuït.
2. Hi ha una corresponsabilitat Estat central i governs autonòmics.

A Espanya, finalment, es va optar no per una llei de seguretat social finançada per les cotitzacions del treball, sinó de prestacions socials, finançada amb impostos. L'espanyola neix com una llei que adopta aspectes dels dos models més importants que funcionaven a Europa. Del model nòrdic copià el que fa referència al finançament i a la universalitat i del model centreeuropeu, el sistema de valoració que determina les prestacions, la qual cosa permet un major control de la necessitat de capital.

Així, l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, coneguda popularment com Llei de dependència, va venir a obrir al nostre país un nou ventall de drets de les persones i, per tant, de prestacions servides per part de l'administració, directament exigibles a aquesta pels ciutadans de manera immediata, i que fins aleshores no estaven contemplats com a drets subjectius, tal com són fins al moment el dret a l'educació o el dret a la sanitat pública. Encara que la diferència d'aquests altres drets amb el de la dependència és que en aquest darrer s'exigeix el copagament per als serveis assistencials i es té en compte la capacitat econòmica per al càlcul de la prestació econòmica.

Però vegem d'on deriva constitucionalment aquesta Llei de dependència. Està clar que és una altra manifestació del caràcter social del nostre Estat que es plasma en l'article 1.1 de la Constitució de 1978 i que ha donat lloc a l'anomenat estat del benestar: «Espanya es constitueix en un estat social i democràtic de dret, que propugna com a valors superiors del seu ordenament jurídic la llibertat, la justícia, la igualtat i el pluralisme polític.» En aquest mateix sentit, hi trobam l'article com el 9.2: «Correspon als poders públics de promoure les condicions per tal que la llibertat i la igualtat de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals i efectives; remoure els obstacles que n'impedeixin o en dificultin la plenitud i facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social.»

Aquest article pot ser entès com una declaració de principis dels objectius generals que es marca la Constitució per al desenvolupament d'aquella definició com a estat social. Així, l'estat social es tradueix en una administració que passa a ser un actor importantíssim en la vida del país, ja que garanteix, promou, fomenta i tutela l'exercici dels drets inclosos en la Constitució i que hi són descrits. Això significa que la nostra norma fonamental ordena directament als poders públics la realització d'activitats i prestacions per als ciutadans i que els poden ser exigides per part dels ciutadans.

Així, dins aquests objectius, hi podem incardinar clarament els de la Llei de dependència: promoure unes condicions de vida favorables per als dependents i remoure obstacles per facilitar-los la vida.

Ja de manera més concreta, encara que no del tot, a la Constitució hi trobam l'article 49 que diu: «Els poders públics duren a terme una política de previsió, tractament, rehabilitació i integració dels disminuïts físics, sensorials i psíquics, als quals es prestarà l'atenció especialitzada que requereixin, i els empararan especialment en la consecució dels drets que aquest títol atorga a tots els ciutadans.» I l'article 50: «Els poders públics garantirán la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat, mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament. Amb independència de les obligacions familiars, en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure.»

Però també sembla que el dret establert a la Llei de dependència pot derivar no tant dels articles 49 i 50 com dels drets a la dignitat de la persona, al lliure desenvolupament de la personalitat de l'article 10 o del dret a la integritat física i moral de l'article 15 de la Constitució.

Finalment, la disposició final vuitena de la Llei, justificativa de la competència estatal per promulgar-la, disposa que es dicta sota l'empara de l'article 149.1.1 de la Constitució, referit a la competència exclusiva de l'Estat per regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat de tots els espanyols en l'exercici dels drets i el compliment dels deures constitucionals. De fet, algun autor ha suggerit la inclusió del dret d'accessibilitat i del dret a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència en l'article 49 a través de la corresponent reforma constitucional.

Això no obstant, està clar que la Llei de dependència és una manifestació claríssima de l'estat social i de dret en el qual vivim, i que el legislador, encara que el dret a l'atenció a la dependència no existeix com a tal en la nostra norma suprema, no ha tingut cap problema per inserir la Llei dins el paraigua constitucional pels seus objectius i finalitats.

2. La Llei de dependència: creació de drets subjectius

Segons el *Libro Blanco de la Dependencia*, la dependència és un risc social que s'emmarca dins els serveis de benestar social. Amb tot, la relació amb la salut és estreta, ja que en pot ser un desencadenant o un accelerador. A més, i de forma ocasional, la persona en situació de dependència pot patir un empitjorament agut del seu estat de salut. Salut i benestar social ens remeten a una protecció del dret dins el marc dels drets socials, i aquests tenen les seves particularitats quant a garanties i eficàcia.

L'aparició de la Llei de dependència és una novetat important en el sistema de serveis socials espanyol, ja que fins aleshores l'accés als serveis socials no era equiparable a altres serveis, com l'educació o la protecció de la salut. Aquests són drets subjectius del ciutadà i els pot sol·licitar a l'administració, que està obligada a prestar aquests serveis perquè estan inclosos i protegits per la Constitució i formen dos dels pilars bàsics de l'estat del benestar actual derivat de la configuració d'Espanya com a estat social de dret. Com hem vist, no és així amb els serveis socials, i per això és tan important l'aparició d'aquesta llei perquè crea nous drets subjectius als ciutadans. Es tracta d'una llei de condicions bàsiques, és a dir, no estableix directament prestacions per a les persones que es troben en situacions de dependència, sinó que fixa les condicions perquè qualsevol persona i de qualsevol comunitat autònoma tingui reconegut el mateix dret a ser atès si ho necessita. És a dir, l'objectiu principal d'aquesta llei és crear un marc estable de recursos i serveis per a l'atenció de la dependència.

Ja en l'exposició de motius de la Llei trobam la intenció del legislador de crear un nou sistema de drets per a la ciutadania: «La necessitat de garantir als ciutadans, i a les comunitats autònomes mateixes, un marc estable de recursos i serveis per a l'atenció a la dependència i la seva progressiva importància, ara porta l'Estat a intervenir en aquest àmbit amb la regulació que conté aquesta Llei, que la configura com una nova modalitat de protecció social que amplia i complementa l'acció protectora de l'Estat i del Sistema de la Seguretat Social.» És a dir, es tracta d'aprofundir en el desenvolupament de l'àmbit dels serveis socials com una potenciació de l'estat social previst a la Constitució.

Més endavant, també en l'exposició de motius, ja es parla clarament de dret subjectiu: «Aquesta Llei regula les condicions bàsiques de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència mitjançant la creació d'un Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) [...]. El Sistema té com a finalitat principal la garantia de les condicions bàsiques i la previsió dels nivells de protecció a què es refereix aquesta Llei. [...] D'aquesta manera, configura un **dret subjectiu** que es fonamenta en els principis d'universalitat, equitat i accessibilitat, i desenvolupa un model d'atenció integral al ciutadà, a qui es reconeix com a beneficiari la seva participació en el Sistema».

Així mateix, l'articulat de l'article 1 de la Llei ja suposa tota una declaració de principis: «Aquesta Llei té per objecte regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en els termes que estableixen les lleis, mitjançant la creació d'un Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques i la garantia per l'Administració General de l'Estat d'un contingut mínim comú de drets per a tots els ciutadans en qualsevol part del territori de l'Estat espanyol.»

Com veiem la Llei estableix des del principi l'existència d'un dret subjectiu de ciutadania. Un dret que no existia i que a través de la nova norma es crea i, a més, com a dret directament exigible, destinat a ser una eina perquè les persones destinatàries de la Llei —les persones dependents— puguin superar la desigualtat i la possible discriminació, completant, així, la dignitat humana que per aqueixa falta d'independència pugui estar menyscabada. Aquí rau la importància d'entendre que els drets establerts per la Llei aquí estudiada són subjectius, perquè si no fos així la Llei seria una simple declaració d'intencions que necessitaria desenvolupaments normatius posteriors.

Així, la declaració de l'atenció a la dependència com un dret subjectiu de caràcter universal suposa una novetat amb respecte a la regulació dels serveis socials fins a l'aparició de la Llei: eleva el nivell de prestació i protecció i li atorga un estatus jurídic de primer ordre.

L'article tres, en què es regulen els principis que informen la Llei, en el seu apart *b* disposa la universalitat de l'accés de totes les persones en situació de dependència, en condicions d'igualtat efectiva i no discriminació.

Ja més concretament l'article 4 de la Llei, que du el títol de «Drets i obligacions de les persones en situació de dependència», estableix en l'apartat 1 que «Les persones en situació de dependència tenen dret, amb independència del lloc del territori de l'Estat espanyol on resideixin, a accedir, en condicions d'igualtat, a les prestacions i serveis que preveu aquesta Llei, en els termes que s'hi estableixen.» I a continuació es desplega una sèrie de drets, però que en la nostra opinió complementen el dret bàsic i clau que es deriva de la Llei: el dret a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Un dret que es tradueix en una sèrie de prestacions i serveis que es descriuen en el capítol II de la Llei i, sobretot, en l'article 15.

L'apartat 3 introdueix un punt molt important en la delimitació final com a dret subjectiu del dret a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en el qual es disposa que els poders públics han d'adoptar les mesures necessàries per promoure i garantir els drets establerts per aquesta Llei. És a dir, universalitza l'obligació de tots els poders públics, no tan sols de l'Administració, d'implicar-se en l'atenció a les persones en situació de dependència i fa transversals els objectius de la Llei, d'on es pot reforçar la tesi que som davant una llei que crea drets subjectius d'una intensitat superior a la que estàvem acostumats en la legislació en matèria de serveis socials, i, per tant, exigibles directament, encara que, com veurem, l'abast d'aquesta exigibilitat no sigui fàcil de discernir.

D'altra banda, trobam que el nostre Estatut d'autonomia¹ recull aquesta filosofia de la Llei de dependència quan disposa en l'article 19 que «Les administracions públiques

¹ Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, de reforma de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears.

de les Illes Balears, segons la Carta de Drets Socials, han de garantir en tot cas a tota persona dependent el dret a les prestacions públiques necessàries per assegurar la seva autonomia personal, la seva integració socioprofessional i la seva participació en la vida social de la comunitat.» Així, la nostra norma institucional bàsica ha volgut recollir el quant llançat pel legislador estatal i ha regulat, encara que a manera d'enunciat o de declaració d'intencions, el dret dels dependents com un dret públic subjectiu, ja que les administracions, totes, han de garantir aquells drets mitjançant totes les tècniques i potestats de les quals disposen.

Tot remarcant aquesta tendència i en compliment del que exposa l'Estatut d'autonomia, la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de la nostra comunitat també s'apunta a aquesta línia, quan en l'article 1 disposa que: «L'objecte d'aquesta llei és regular i ordenar el sistema de serveis socials de les Illes Balears per tal de promoure-hi i garantir-hi l'accés universal, i contribuir al benestar i a la cohesió social.» I més endavant, en el mateix cos legal, l'article 2.4 estableix: «Els serveis socials tenen com a finalitat assegurar el dret de les persones a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la cobertura de llurs necessitats personals bàsiques i de les necessitats socials, en el marc de la justícia social, l'equitat, la cohesió territorial i el benestar de les persones.»

Així, veiem que dins l'objecte de la Llei es parla de garantir per part de l'administració l'accés universal al sistema de serveis socials d'acord al manament estatutari i, d'altra banda, en l'article 2.4, es parla clarament del dret de les persones a viure dignament i que aquest dret ha de ser assegurat per part dels serveis socials. Però, a més, també trobam en aquesta Llei l'article 4a, que estableix com a principi del sistema públic de serveis socials el de responsabilitat pública de l'administració, que es tradueix en el fet d'assumir la responsabilitat de donar resposta als problemes socials, per la qual cosa ha d'assignar els recursos financers, humans i tècnics necessaris; ha de regular i supervisar els recursos privats i públics destinats a la matèria objecte d'aquesta Llei, i ha d'assegurar la prestació de serveis de qualitat tant en l'àmbit públic com privat.

Per finalitzar, l'article 7 de la mateixa disposició legal estableix una llarga llista de drets de les persones destinatàries dels serveis socials, que, com hem vist en la redacció de l'article 1, és d'abast universal. Així podem observar que el legislador autonòmic aprofundeix en l'esperit de la Llei de dependència i en l'Estatut d'autonomia i aprova una llei clarament atorgadora de drets amb una voluntat d'establir un sistema de serveis socials universals comparable al sistema educatiu o sanitari.

Ara bé, si a la vista de totes les referències normatives apuntades, arribam a la conclusió que el dret a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència és un dret públic subjectiu exigible, haurem d'estudiar com i quan es pot exigir.

3. Exigibilitat dels drets establerts en la Llei 39/2006 de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència

3.1. Procediment administratiu per al reconeixement

El capítol IV de la Llei regula el procediment pel qual es reconeix el dret a les prestacions del sistema descrites en els articles 15, 17, 18, 19 i es remet a la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

Així, el procediment s'inicia sempre d'ofici per la persona interessada o de qui en tingui la representació i finalitza, com no pot ser d'altra manera, amb una resolució de l'administració autonòmica corresponent a la residència del sol·licitant i amb validesa a tot el territori nacional, i que determina els serveis o les prestacions que li corresponen segons el grau de dependència que li sigui valorat. Després d'aquesta resolució administrativa es realitza el Programa Individual d'Atenció (PIA) en el qual es determinen les modalitats d'intervenció més adients a les necessitats del sol·licitant d'entre els serveis i prestacions econòmiques prevists per la Llei per al seu grau, amb la participació, prèvia consulta i, en el seu cas, elecció entre les alternatives proposades per part del beneficiari, de la seva família o d'entitats tutelares que el representin.

La disposició final primera, en el punt dos, estableix que el termini per dictar la resolució del reconeixement de les prestacions és de sis mesos des de la data d'entrada de la sol·licitud, independentment que l'administració competent hagi establert procediments diferenciats per al reconeixement de la situació de dependència i les prestacions a què el grau de dependència li dona dret.

Qüestió molt important —i que no es pot passar per alt—, que també s'estableix en el punt 3 de la mateixa disposició, és que el dret d'accés a les prestacions es genera des de la data de la resolució de reconeixement de la prestació. D'altra banda, estableix el silenci positiu en el cas que s'excedeixi el termini establert, llevat de les prestacions econòmiques de l'article 18.

El reconeixement de les prestacions és una activitat reglada. L'administració no té marge de maniobra, ja que si es donen els supòsits establerts per la Llei, ha d'atorgar-ne el grau i, en conseqüència, les prestacions adscrites al servei i que està obligada a donar. Però, què passa quan l'administració no contesta, o quan l'administració contesta, però no es fa efectiva la prestació?

4. Vies d'acció per exigir el dret

Abans hem apuntat que l'abast de l'exigibilitat del dret a les prestacions tampoc és molt clar. De manera curiosa la Llei, en l'article 4.2 *j*, disposa que les persones en situació de dependència tenen dret a iniciar les accions administratives i jurisdiccionals en defensa del dret que els reconeix la Llei en l'apartat 1 del mateix article, i que no és altre que l'accés a les prestacions establertes per la Llei. Amb aquesta redundància —no fa falta que la llei digui que tenim dret a interposar recursos i anar als tribunals en defensa dels nostres interessos— pareix com si el legislador volgués deixar clar que aquest nou dret de ciutadania és directament exigible, per la qual cosa li atorga una sobreprotecció.

Pareix clar i evident que el particular pot interposar qualsevol recurs, tal com estableix la Llei 30/1992, de 26 de novembre de règim jurídic de les administracions públiques, i interposar el recurs contenciós administratiu pertinent en el cas que li siguin desestimats. Creiem, per tant, que els drets contemplats per la Llei de dependència són directament exigibles, i no són simples interessos legítims sinó que són veritables drets que provoquen l'obligació de l'administració d'atorgar aquestes prestacions a qui compleixi els requisits establerts per la Llei.

Els drets subjectius tenen la característica que és possible exercitar una acció judicial de condemna, de forma que la pretensió consisteixi en la declaració de nul·litat de l'acte denegatori i la condemna a l'administració, que hauria de procedir a atorgar en un termini predeterminat la prestació sol·licitada, en el cas que concorrin els requisits i les condicions establertes. La Llei ha reconegut unes determinades prestacions com a drets subjectius i per tant l'administració té l'obligació d'atorgar-les.

L'Administració no té marge per fer judicis d'oportunitat; no té marge interpretatiu, ja que les prestacions establertes per la Llei són clares i precises: si el sol·licitant compleix els requisits i, tanmateix, l'administració li denega les prestacions, neix la via per reclamar els drets establerts per la Llei.

Però, què passa quan tenim una resolució que atorga prestacions però l'administració no l'executa? Alguns autors creuen que es podria aplicar l'article 29 de la Llei 29/98 de jurisdicció contenciosa administrativa, segons el qual quan l'administració, en virtut d'una disposició general que no precisi d'actes d'aplicació o en virtut d'un acte, contracte o conveni administratiu, estigui obligada a realitzar una prestació concreta en favor d'una o varies persones determinades, qui en tingués dret pot reclamar de l'administració el compliment d'aquesta obligació. Si en el termini de tres mesos des de la data de la reclamació, l'administració no ha donat compliment al sol·licitat o no ha arribat a un acord amb els interessats, aquests poden deduir recurs contenciós administratiu contra la inactivitat de l'administració. Finalment, també creiem que es podria interposar una

acció de reclamació de responsabilitat patrimonial pels perjudicis causats pel retard de la prestació a la qual es té dret.

5. Responsabilitat patrimonial de l'administració pública

Segons la Llei 30/1992, en el seu article 139, es defineix la responsabilitat patrimonial com el dret que tenen els particulars «de ser indemnitzats per les administracions públiques corresponents de tota lesió que pateixin en qualsevol dels seus béns i drets, llevat dels casos de força major, sempre que la lesió sigui conseqüència del funcionament normal o anormal dels serveis públics. 2. En tot cas, el dany al·legat ha de ser efectiu, avaluable econòmicament i individualitzat respecte a una persona o un grup de persones». Aquesta garantia patrimonial està constitucionalitzada a través de l'article 106.2 de la Constitució espanyola, dret que després serà desenvolupat per l'esmentada Llei de procediment administratiu i el Reial decret 429/1993, de 26 de març, pel qual s'aprova el Reglament de Procediments de les Administracions Públiques en matèria de responsabilitat patrimonial. Aquest conjunt de normes configura en l'actualitat el sistema de responsabilitat patrimonial en l'ordenament jurídic espanyol i dóna empara, com hem vist, als particulars que veuen minvats els seus béns i drets per un funcionament de l'administració, en situacions determinades, que no tenen el deure de suportar: és obvi que un dependent haurà, per exemple, de continuar pagant els impostos que les distintes lleis estableixin, ja que ha de suportar aquesta disminució patrimonial; però en cap cas podrà ser responsable de la manca de previsió de l'administració davant l'existència d'un dret subjectiu que, tal i com hem vist al llarg de l'article, la Llei li atorga i li reconeix.

La curta història de la Llei de dependència, amb quasi vuit anys de vigència des de la seva aprovació fins a la publicació d'aquest article, ha vingut marcada per la mala previsió i la manca de planificació i de recursos pressupostaris per fer front a les seves necessitats. Per això, la norma ha generat molts de dependents reconeguts, amb dret vigent a rebre una prestació, que, tanmateix, ha quedat en suspens, a l'espera de rebre un recurs, quan la seva disponibilitat ho permeti.

Però l'existència del dret subjectiu reconegut, pel qual el dependent ha de rebre una prestació, i del sistema de responsabilitat patrimonial, pel qual cap particular pot sofrir lesions en els seus béns i drets, generen una certa seguretat jurídica per als drets dels dependents, segons els quals l'administració, en el cas de no poder proporcionar al particular el recurs ideal que se li hauria d'assignar segons la Llei, li hagi d'assignar un recurs alternatiu, que en l'últim cas serà l'ajuda per a la prestació de cures en l'entorn. I en el cas que aquesta ajuda econòmica quedàs en suspens, per la falta de consignació pressupostària per fer front a totes les necessitats, generarà el dret de la persona beneficiària a rebre els endarreriments que corresponguin en el moment que el pagament sigui possible, d'acord amb els terminis que estableix la normativa.

Referències bibliogràfiques

Alli, J. C. et al. (2012). *Parte especial del derecho administrativo. La intervención de la Administración en la sociedad*. Madrid, Colex.

De Asís Roig, R. (2007). *Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. <universitas.idhbc.es/n05/05-02.pdf>.

Galán Galán, A. y Tornos Mas, J. (2007). *La configuración de los servicios sociales como servicio público. Derecho subjetivo de los ciudadanos a la prestación del servicio*. <www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51598/pdf>.

IMSERSO (Ed.) (2004). *Libro Blanco de la Dependencia en España*. <<http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>>.

Zárate Rivero, M. y Gas Aixendri, M. (2009). *La familia en la Ley de dependencia*. Fundación María Teresa Rodó.

Autors

SIRA FIZ VOZMEDIANO

Madrid, 1979. Tècnica professional en dependència; màster en dependència i gestió de serveis socials per la Universitat de la Corunya; màster en gestió i planificació de residències per l'Escola Superior de Postgrau de la Fundació Espanyola de Geriatria i Gerontologia; i experta universitària en atenció geriàtrica i gerontologia. El 2007 va començar a treballar com a administrativa a la Fundació d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears, en la qual ha desenvolupat la seva trajectòria professional. El 2010 passà a ser la directora en funcions de la residència i el centre de dia Oms-Residència Sant Miquel, de Palma, fins a 2013. Actualment és la directora tècnica de la Fundació.

FRANCESC MAS FERRARI

Campos, 1974. Llicenciat en dret i especialista universitari en dret urbanístic i ordenació del territori per la UIB (2002-2003). Tècnic jurídic del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de les Illes Balears des de setembre 2006, entitat pública depenent de la Conselleria de Família i Serveis Socials del Govern de les Illes Balears, que té per objecte construir, reformar i equipar centres residencials sociosanitaris, assistencials i socials.

JAVIER UREÑA MORALES

Palma, 1980. Diplomant en ciències empresarials per la UIB, llicenciat en administració d'empreses per la Universitat Abat Oliba i té pendent de presentar, al lliurament d'aquest article, el treball final de carrera per obtenir la llicenciatura en dret per la Universitat Abat Oliba. Ha estat alumne col·laborador de la Càtedra d'Empresa Familiar de la UIB. És funcionari del Servei de Salut de les Illes Balears i, des de 2011, és gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de les Illes Balears, i ha assumit també les funcions de gerent de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

**PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT ACTIU:
CONTRIBUCIONS DE LA VOCALIA
DE PSICOLOGIA DE L'ENVELLIMENT DEL
COL·LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA
DE LES ILLES BALEARS (COPIB)**

Promoció de l'envelliment actiu: Contribucions de la Vocalia de Psicologia de l'Envelliment del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB)

Teresa Jaudenes Gual de Torrella

José Ángel Rubiño Díaz

María José Arévalo González

Elena Jorquera Riera

Ana Romo Taranchel

Jessica de Freitas Fernandes

M^a Dolors Fortuny Bennassar

Resum

Amb motiu de la celebració de l'Any Europeu de l'Envel·liment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional, la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) va organitzar un programa molt complet d'activitats al llarg de tot l'any amb l'objectiu de fer visible el rol del psicòleg i la contribució de la psicologia en l'envel·liment actiu, promoure un envel·liment saludable i, al mateix temps, detectar amb les experiències pilot aspectes a tenir en compte per a la intervenció en les persones grans integrades en una societat intergeneracional.

Com a resultat de la participació en les activitats proposades, de les quals s'han exposat les més significatives (revisió de memòria, relaxació i relació intergeneracional), les persones que varen gaudir de les iniciatives varen manifestar que havien adquirit més consciència del seu propi procés d'envel·liment com a experiència de creixement constant i varen comprendre una mica més la labor del psicòleg en l'envel·liment.

Resumen

Con motivo de la celebración del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, la Vocalía de Psicología del Envejecimiento del Colegio Oficial de Psicólogos de las Illes Balears (COPIB) organizó un completo programa de actividades a lo largo de todo el año con el objetivo de hacer visible el rol del psicólogo y la contribución de la psicología en el envejecimiento activo y la promoción de un envejecimiento saludable e ir detectando con las experiencias piloto aspectos a tener en cuenta para la intervención en las personas mayores integradas en una sociedad intergeneracional.

Como resultado de la participación en las actividades propuestas de las que se han expuesto las más significativas (revisión de memoria, relajación y relación intergeneracional), las personas que aprovecharon las iniciativas manifestaron haber adquirido mayor conciencia de su propio proceso de envejecimiento como experiencia de crecimiento constante y comprendieron un poco más la labor del psicólogo en el envejecimiento.

1. Introducció

1.1. Envel·liment actiu: Definició i concepció de l'Organització Mundial de la Salut

Al final dels anys noranta, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va adoptar el terme *envel·liment actiu*. D'aquesta manera, la definició d'envel·liment actiu va passar a englobar el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat, amb la

finalitat d'augmentar la qualitat de vida en l'envelliment (World Health Organization, 2002). Més tard, en la Segona Assemblea Internacional sobre l'Envelliment, celebrada a Madrid, el concepte d'envelliment actiu va guanyar protagonisme en la promoció de l'autonomia personal i en la prevenció de la dependència. En aquest marc, l'envelliment actiu tanca no solament la promoció del benestar físic, mental i social, sinó també la participació activa en la societat i l'adopció de mesures que millorin la salut. Proposa que les persones prenguin consciència del seu potencial físic i mental, així com del seu paper social que s'ha de mantenir actiu en la seva família, comunitat i societat.

1.2. Envelliment actiu: Un desafiament per a la societat

Tenint en compte l'augment de la longevitat i l'envelliment demogràfic consegüent, notam que la veritable revolució no radica en el fet que la gent arribi a viure més anys, sinó que aquests siguin actius i satisfactoris. Ha arribat el moment de considerar les persones grans com a participants actius d'una societat que integri l'envelliment i que consideri aquestes persones com a contribuents actius, vàlids i favorables per al desenvolupament (Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini & Santacreu, 2013). En l'actualitat, l'envelliment es considera com un període d'oportunitats i una experiència positiva en la qual l'individu es mostra com a agent del seu propi desenvolupament. Entendre el procés d'envelliment com una fase crucial de l'evolució de la vida i no com a sinònim de decadència no és solament un repte per a la societat sinó també per a cadascun, pel que fa a l'experiència d'envellir.

2. El paper de la Vocalia de Psicologia de l'Envelliment del COPIB en la promoció de l'envelliment actiu

La Vocalia de Psicologia de l'Envelliment del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) té com a missió la sensibilització i informació de la societat en general sobre els reptes inherents a les qüestions de l'envelliment humà i les principals necessitats de les persones grans, amb la finalitat d'intervenir en la definició de mesures apropiades per promoure'n l'autonomia, la independència i la dignitat.

En aquest marc i dins de les seves activitats, la Vocalia pretén cridar l'atenció sobre la necessitat d'aquesta evolució cultural en relació amb l'envelliment de la població i recordar que les malalties cròniques, la discapacitat, la solitud, la depressió, la desvinculació i la discriminació per edat no són una conseqüència inevitable de l'envelliment, i que es poden i s'han de prevenir.

2.1. Activitats del COPIB

L'any de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional, la Vocalia de Psicologia de l'Envelliment del COPIB va dur a terme diverses activitats amb el propòsit de divulgar i

promocionar l'envelliment actiu a través de l'activitat física, l'optimització del funcionament cognitiu, la participació social i la relaxació, entre altres coses, amb la finalitat de potenciar programes d'atenció i fomentar bones pràctiques entre les persones grans.

2.1.1. «A partir dels 50, revisa't la memòria»: Una manera de conscienciar i optimitzar el funcionament cognitiu

Potser l'amenaça més important que se sent en envellir és un esperat i temut declivi del funcionament cognitiu. Què es pot fer per optimitzar i promocionar un bon funcionament cognitiu al llarg del cycle vital? és una pregunta important, no només per a la comunitat científica, sinó també per a l'individu, la família, la comunitat i tota la població (Fernández-Ballesteros, 2009).

Baltes i Schaie (1974, 1976) varen ser els primers autors a criticar la idea que l'envelliment comporta necessàriament declivi i deterioració cognitiva. Posen en relleu que la capacitat de reserva cognitiva i plasticitat del funcionament cognitiu en la maduresa donen lloc a grans diferències interindividuals, a més d'una àmplia multidimensionalitat i multidireccionalitat en els canvis cognitius al llarg de l'edat adulta. Aporten abundants dades que avalen la modificabilitat del funcionament cognitiu al llarg de la vida de tot el cycle vital.

Diferents factors influeixen en el funcionament cognitiu, com l'educació (Carnero-Pardo, 2000; Stine-Morrow, Parisi, Morrow, Greene i Park, 2007), la posició socioeconòmica (Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Macià, 1996), l'exercici físic (Colcombe & Kramer, 2003, 2006; Van Gelder, Tijhuis, Kalmijn, Giampaoli, Nissinen & Dromhout, 2004), les activitats considerades com cognitivament estimulants i socials (Stine-Morrow, Parisi, Morrow, Greene & Park 2007) i l'entrenament i les intervencions cognitives (Ball, Edwards & Ross, 2007; Rebok, Carlson & Langbaum, 2007).

El grup de treball de la Vocalia de Psicologia de l'Envelliment es planteja, en el marc del Dia Mundial de l'Alzheimer i del Dia Internacional de les Persones Grans, l'activitat «A partir dels 50, revisa't la memòria». A continuació es descriu com es desenvolupa aquesta activitat.

2.1.1.1. Objectiu

Conscienciar la població més gran de 50 anys de la importància d'adoptar actituds i comportaments proactius per prevenir la deterioració cognitiva i la demència, així com per afavorir l'envelliment actiu.

2.1.1.2. Mètode

Es va instal·lar durant tot el dia un estand dirigit a persones més grans de 50 anys en el qual podien fer les activitats següents:

1. Respondre a una entrevista de queixes de memòria i sotmetre's a una prova de garbellament de deterioració cognitiva (miniexamen cognoscitiu —MEC— de Lobo (1980) o Set Test d'Isaac (1973), en funció del nivell d'escolarització). (Tot això amb la signatura prèvia del consentiment informat.)
2. Fer exercicis de gimnàstica mental.
3. Escriure al Banc de records.
4. Rebre pautes per a un envelliment saludable.
5. Escriure idees o dedicatòries al Llibre de visites.

Un mes després, es va celebrar la conferència Els Pilars de l'Envelliment Actiu a la seu del COPIB, després de la qual es varen lliurar personalment els resultats de les proves, acompanyats de recomanacions per mantenir un envelliment actiu i, si esqueia, la recomanació de concertar cita a atenció primària.

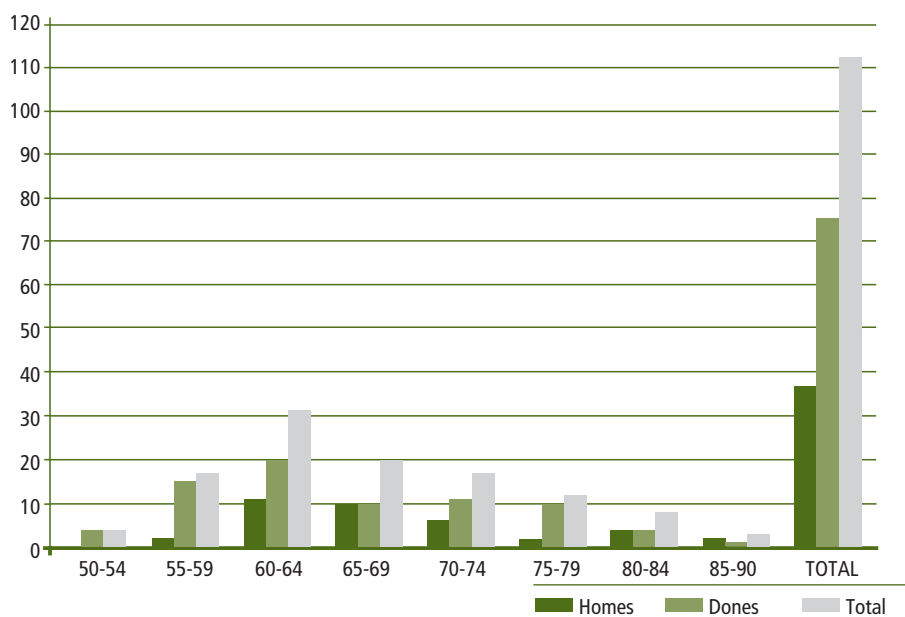
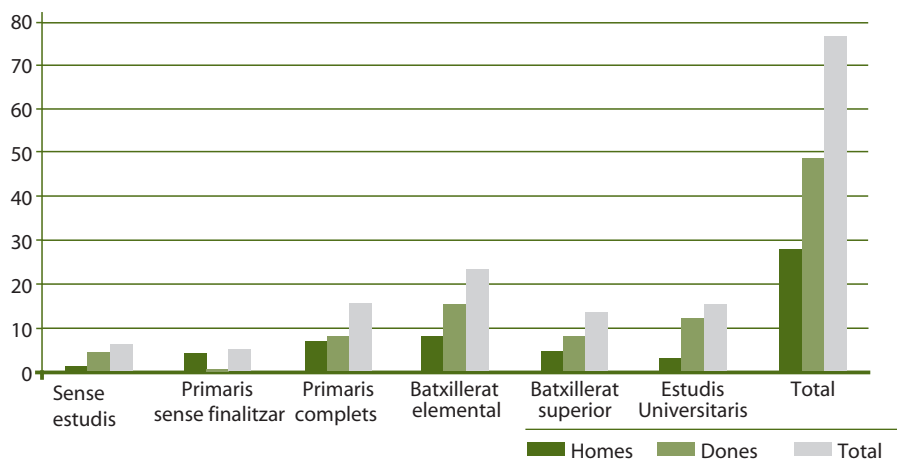
2.1.1.3. Resultats

Es varen fer 112 entrevistes de queixes de memòria, 78 de les quals es varen complementar amb una prova de garbellament. Es varen administrar 71 MEC, cinc dels quals únicament varen obtenir puntuacions inferiors a 23 i van indicar un probable dèficit cognitiu global, i 6 Set Tests, un dels quals, solament, és inferior al punt de tall que indica normalitat en pacients geriàtrics. Varen participar-hi 76 dones i 36 homes. L'edat mitjana era de 66,7 anys.

Quant a participació en les conferències, hi varen assistir 63 persones i es varen lliurar 42 informes.

Taula 1 | *Participants per edat, sexe i instrument cognitiu utilitzat*

	Homes		Dones	
	< 65 anys	> 65 anys	< 65 anys	> 65 anys
Nombre de participants total de 112 entrevistes	13	23	39	37
Nombre de participants a Minimental	9	17	26	19
Puntuació mitjana	27	27	28	28
Nombre de participants a Set Test	0	1	1	4
Puntuació mitjana	-	29	20	37,5

Gràfic 1 | Representació per sexe i edat**Gràfic 2** | Representació per sexe i nivell d'estudis

2.1.1.4. Conclusions

L'alta participació de les persones grans en aquesta activitat mostra un evident interès per conèixer el seu estat cognitiu, així com una actitud receptiva per adoptar comportaments i estils de vida saludables per potenciar el bon funcionament cognitiu.

2.1.2 Hàbits saludables: Afrontament i control de l'estrès, beneficis de la relaxació

Segons la teoria del cicle vital (Baltes & Schaie, 1973), l'envelliment humà és considerat un procés complex que comença amb el naixement i que al llarg de la vida adulta de l'individu es combina amb diversos processos de maduració i desenvolupament. La longevitat no només depèn dels aspectes biològics, sinó que hi intervenen característiques psicològiques de l'individu, així com factors ambientals, tant físics com socials (Baltes & Schaie, 1973; Maddox, 1964). En relació amb aquest enfocament, Muller i Werwerimer (1981) i Saiz (1990) varen assenyalar que, a més de les situacions físiques que generen tensió o estrès en l'individu, les d'índole psicològic i social també condicionen o acceleren el procés d'envelliment.

L'estrès és una de les malalties més diagnosticades en els últims temps i, sens dubte, la que pot causar més quantitat de problemes. Les persones grans són un dels col·lectius més vulnerables, no només per tots els canvis corporals, que el mateix procés d'envelliment comporta, sinó també pels canvis socials econòmics i psicològics. A tot això cal sumar-hi que han de fer front a la marginació i als prejudicis que té la societat envers les persones grans, subestimant les diferents capacitats per aprendre, crear, ensenyar, mantenir la seva sexualitat, transmetre experiències del passat, estar integrades a la societat...

Una de les tècniques de maneig i control d'estrès és la relaxació. Segons Tittlebaum té tres objectius:

1. Com a mesura de prevenció, per protegir als òrgans del cos d'un desgast innecessari, i especialment els òrgans implicats en les malalties relacionades amb l'estrès (Selye, 1956).
2. Com a tractament, per facilitar l'alleujament de l'estrès. Millora del sistema immunològic, control de la tensió arterial, problemes d'insomni, dolor crònic...
3. Com una tècnica per poder fer front a les dificultats, per calmar la ment i permetre que el pensament sigui més clar i eficaç. L'estrès pot debilitar mentalment les persones; la relaxació pot facilitar el restabliment de la claredat de pensament. S'ha descobert que la informació positiva emmagatzemada en la memòria resulta més accessible quan la persona està relaxada (Pevejer & Johnston, 1986).

El grup de treball de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB planteja l'activitat «Entrenament en relaxació de Jacobson per a més grans de 50 anys».

2.1.2.1. Objectiu

Entrenar la població més gran de 50 anys en una de les tècniques més pràctiques i senzilles de relaxació, la relaxació de Jacobson, tècnica que, mitjançant la respiració, permet la relaxació progressiva muscular i la visualització, induir la persona a experimentar un estat de benestar i harmonia en contextos i situacions diverses i contribuir a la millora de l'autocontrol i autoestima.

2.1.2.2. Mètode

- Mostra

Els participants varen acudir a les sessions de relaxació de manera voluntària, informats mitjançant diversos mitjans: premsa, mailing i boca-orella.

Els participants varen ser 54 persones, les edats de les quals estaven compreses entre 45 i 81 anys (gràfic 4). La mitjana d'edat va ser de 64,71 anys. Va predominar el sexe femení (un 83% enfront d'un 17% masculí, gràfic 3) i el nivell d'escolaritat de graduat escolar, si bé hi havia participació de batxillers i universitaris (gràfic 5).

Nota: Hi varen participar 17 psicòlegs interessats en l'aplicació de la tècnica (gràfic 6).

- Instruments

Es va utilitzar la plantilla de registre de la tècnica de relaxació de Jacobson, que recull els nivells de tensió d'A a D i els nivells de relaxació d'1 a 4 dels diferents grups musculars.

- Procediment

Per a això es varen organitzar cinc sessions gratuïtes a la seu del COPIB, espaiades en 15 i 30 dies. A les persones que hi varen acudir se'ls explicava breument en què consistia la tècnica de relaxació de Jacobson (gràfic 7), així com els seus beneficis. Se'ls lliurava un registre perquè prèviament a la sessió de relaxació anotessin d'A a D (transformat d'1 a 4 per quantificar les dades) el grau de tensió que presentaven els diferents grups musculars. Posteriorment a la relaxació, mitjançant una sessió de 25 minuts, registraven les puntuacions d'1 a 4 sobre el seu grau de relaxació assolit. Els participants marxaven amb un díptic informatiu per dur a terme la tècnica a ca seva.

2.1.2.3. Resultats i discussió

Els resultats obtinguts indicaven que hi havia una diferència significativa en tots els grups musculars sense excepció respecte a l'autovaloració de la tensió percebuda i la posterior relaxació després de la sessió d'entrenament en relaxació (gràfic 8). Els participants aconseguien assolir un grau de relaxació adequat d'aquells grups musculars que es trobaven en tensió prèviament a la sessió.

Per a futures investigacions se suggereix fer diverses sessions amb mesuraments als mateixos subjectes amb l'objectiu de poder analitzar els efectes de la tècnica en el seu

benestar, autocontrol i autoestima, i que la persona generalitzi la resposta de relaxació a les situacions quotidianes de la seva vida. Per a futurs mesuraments se suggereix adaptar i simplificar la plantilla de registre de tensió-relaxació.

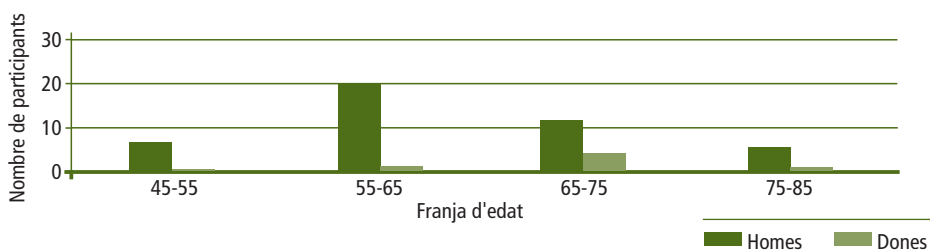
2.1.2.4. Limitacions de l'estudi

S'ha observat certa dificultat per part del grup de participants per entendre les consignes de puntuació de tensió i relaxació de la plantilla de registre utilitzada, la qual cosa pot haver esbiaixat d'alguna mesura els resultats. L'equip de terapeutes responsables de la sessió ha explicat amb deteniment les consignes a fi de reduir al màxim el possible biaix.

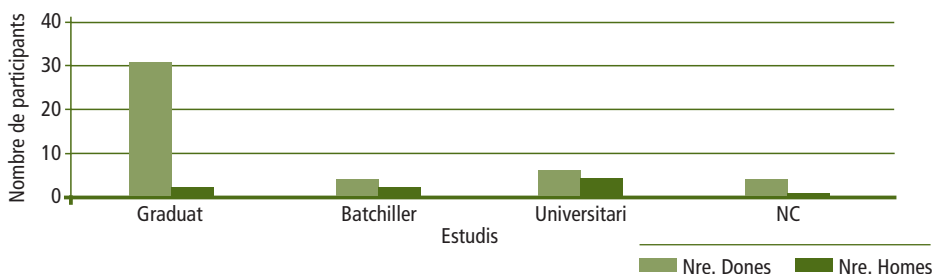
Gràfic 3 | Sexe participants

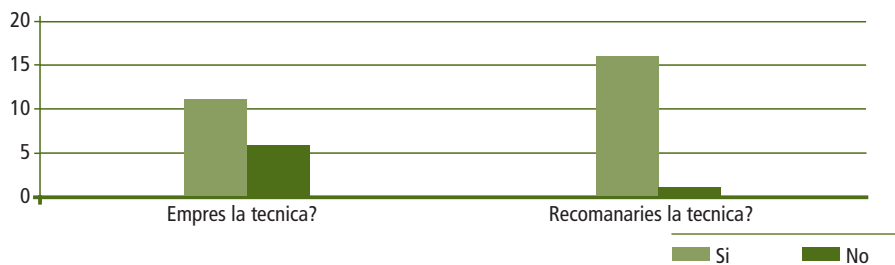
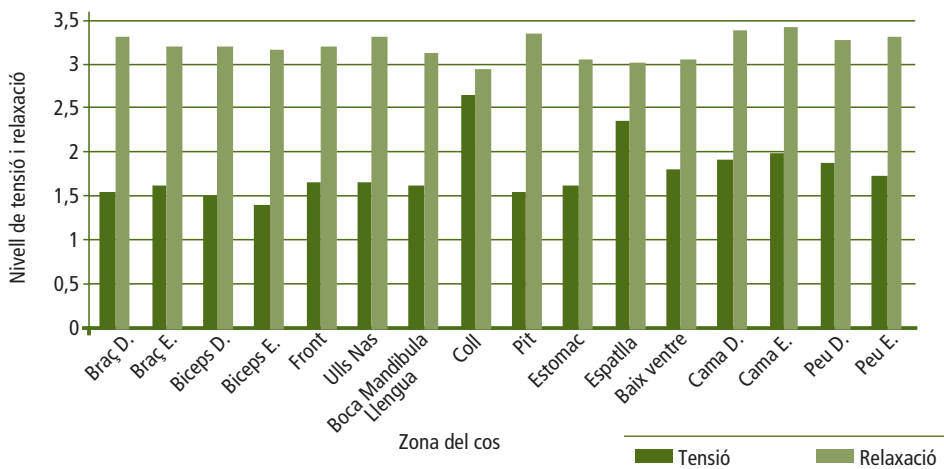


Gràfic 4 | Edat dels participants per sexe



Gràfic 5 | Nivell d'estudis per sexe



Gràfic 6 | *Aceptació de la tècnica per part dels psicòlegs***Gràfic 7** | *Resultats dels nivells de tensió i relaxació de les distintes parts del cos*

2.1.2.5. Conclusió

Es confirma la facilitat per a l'adquisició de les habilitats necessàries per a l'aprenentatge ràpid de la tècnica, cosa que la converteix en una tècnica molt accessible al grup d'edat estudiat. Per l'interès mostrat per les persones que varen acudir a les sessions, creiem que, de manera general, es va obtenir un aprenentatge i una motivació per dur a terme la tècnica entrenada en els contextos quotidians.

Creiem que els psicòlegs que han participat en la sessió de relaxació i l'han experimentat s'han interessat més en l'aplicació de la tècnica en la seva pràctica professional.

2.1.3. Gimcana intergeneracional: una activitat per promocionar la participació social i la interacció intergeneracional

L'envelliment de la població suposa un fenomen global de les societats desenvolupades que, més que una amenaça, ha de ser entès com un assoliment eminentment positiu. Cada vegada són més les persones que arriben a edats més avançades i que, a més, ho fan en condicions notablement millors. La manera d'entendre la fase vital de la vellesa ha evolucionat en els últims anys. El concepte de persona gran s'allunya cada vegada més de la idea de subjecte passiu amb limitacions per desenvolupar activitats de la vida diària i dona pas cada vegada més a la idea d'una nova generació de persones grans amb una experiència significativa i amb possibilitats de mantenir-se socialment actives i participatives.

La participació social ha estat conceptualitzada de maneres diferents. De vegades, aquest terme engloba activitats com viatjar o fer qualsevol activitat fora de la llar (Connidis & McMullin, 1992). Altres autors (McDonald, 1996) han definit la participació partint de tres dimensions: el veïnatge, la implicació en activitats organitzades o d'associacions i l'amistat.

En els últims anys s'ha assistit a una promoció de la participació social de les persones de més edat per part de diferents organismes i institucions. D'aquesta manera, l'envelliment actiu s'ha convertit en la fórmula més idònia per impulsar la participació social en les persones grans.

Així, el grup de treball de la Vocalia va organitzar una gimcana intergeneracional com a mostra d'una pràctica participativa de les persones grans, i es va dur a terme mitjançant dinàmiques grupals entre les persones i l'entorn.

2.1.3.1. Objectiu

Treballar l'estimulació de funcions cognitives, percepció, atenció, orientació espaciotemporal i memòria, així com les emocions i els mites i les realitats de la vellesa. Afavorir, fomentar i potenciar l'intercanvi i la cooperació entre generacions mitjançant una activitat de lleure i temps lliure (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2008).

2.1.3.2. Mètode

Les diferents activitats varen ser planificades per afavorir, fomentar i potenciar l'intercanvi entre generacions diferents: nin o nina, persona adulta i persona gran.

Abans de l'activitat era fonamental explicar l'objectiu de l'activitat, sobretot perquè s'entengués el propòsit del que es volia transmetre.

La gimcana constava de vuit proves dissenyades per posar en pràctica les diferents funcions cognitives i habilitats pròpies de cada edat:

1. *Capsa*: personatges d'època
2. *Puzle*
3. *L'entorn sota la mirada de les tres generacions*
4. *Sopa de lletres*: programes de televisió
5. *Relleus*: cercle d'activitat física
6. *El penjat*: feines d'època
7. *Globus*: característiques de la vellesa
8. *Pintar-se la cara de color d'esperança*

L'espai on es va fer l'activitat era una gran plaça enjardinada amb diferents serveis del centre de la ciutat. Els participants eren persones voluntàries que gaudien d'un dia de lleure en el lloc esmentat.

2.1.3.3. Resultats

Hi varen participar 23 equips, el 83% dels quals eren famílies, el 13% equips no familiars i el 4% equips mixts.

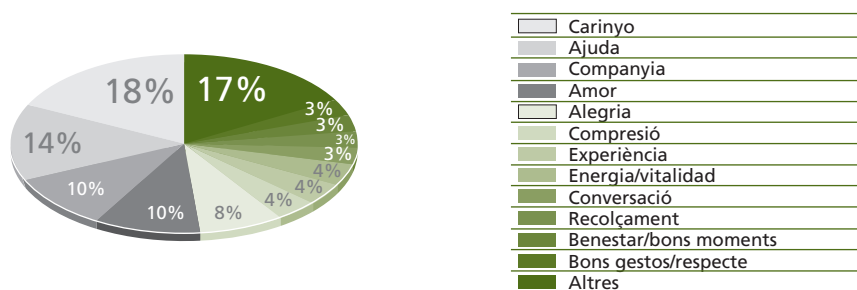
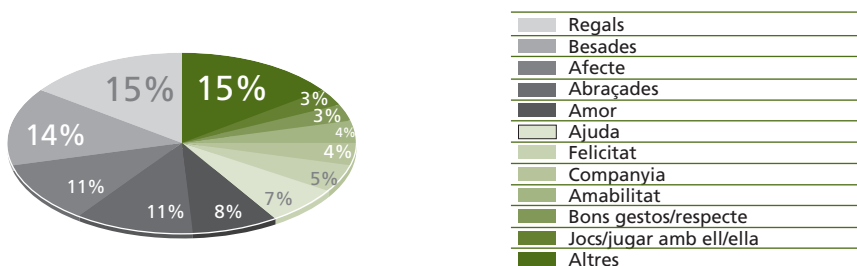
En relació amb les edats: el 50% eren menors, el 32% adults en edat laboral, l'1% jubilats i el 16% participants indirectes jubilats.

La majoria dels participants eren immigrants, concretament d'Amèrica del Sud.

Destaca la variabilitat en l'edat i l'heterogeneïtat en el tipus de relació familiar dels participants.

Gràfic 8 | Composició dels equips



Gràfic 9 | Edats**Gràfic 10 | Que aporta la persona major al major****Gràfic 11 | Que aporten als majors, els de 18-64 anys****Gràfic 12 | Que aporten al major els <16 anys**

2.1.3.4. Conclusions

Aquesta activitat és una experiència pilot que ofereix dades per conèixer una mica més les aportacions mútues que poden oferir les tres generacions quan entren en relació. Crida l'atenció la poca participació de les persones grans respecte a les més joves, però es pot destacar l'entusiasme i la gratitud mostrada per les persones grans pel fet haver-los inclòs en una activitat a l'aire lliure i d'haver-los-en fet partícips.

3. Consideracions finals

La Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment va programar i va dur a terme un programa d'activitats molt complet amb l'objectiu de fer visible el rol del psicòleg i la contribució de la psicologia en l'envel·liment actiu i la promoció de l'envel·liment saludable, de les quals s'han exposat les més representatives. Amb les activitats esmentades es va arribar a un total de 547 ciutadans directes, 187 dels quals eren professionals i un nombre indefinit de persones han seguit les nostres activitats en mitjans de comunicació, articles publicats i presentacions de pòsters en els congressos.

L'interès mostrat per les persones participants i les valoracions positives evidencien la necessitat que aquest col·lectiu ha de redefinir-se, cuidar-se i mantenir-se actiu, i mostren la receptivitat davant de noves formes d'envel·liment.

Referències bibliogràfiques

Alonso, F. i Mackay, M. (2011). Hacia una cultura de ser mayor: Cambios y oportunidades al filo de 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. *Sesenta y más*, 304, 8-13.

Baltes, P. B. i Schaie, K. W. (1974). The myth of de twilight year. *Psychology Today*, 40, 35-38.

Baltes, P. B. i Shaie, K. W. (1976). On the plasticity of intelligence in adulthood and old age. *American Psychologist*, 31, 720-725.

Baltes, P. P. i Schaie, K. W. (1973). *Life span developmental psychology: Personality and socialization*. Nova York, Academic Press.

Ball, K., Edwards, J. D. i Ross, L. A. (2007). The impact of speed of processing training on cognitive an everyday functions. *Journal of gerontology: Psychological Science*, 62B, 19-31.

Bernstein, D. A. (1999). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao, DDB.

Carnero-Pardo, C. (2000). Educación, demencia y reserva cerebral. *Revista de Neurología*, 31, 584-592.

Connidis, I. A. i McMullin, J. A. (1992). To have or have not: Parent status and the subjective well-being of older men and women. *The Gerontologist*, 33, 630 - 636.

Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D. X, Hu, L. i Kramer, A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journal. Gerontology: Biological and Medical Sciences*, 61A, 1166-1170.

Colcombe, S. i Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A metaanalytic study. *Psychological Science*, 14, 125-130.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología y envejecimiento*. Madrid, Servicio de publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. i Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid, Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schettini, R. i Santacreu, M. (2013). The semantic network of aging well. A J.-M. Robine, C. Jagger i E. M. Crimmins (Eds.), *Healthy longevity. Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33. Nova York, Springer.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid, IMSERSO.

Isaacs, B. i Kennie, A. T. (1973). The Set test as an aid to the detection of dementia in old people. *The British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.

Kramer, A. F., Erickson, K. I. i Colcombe, S.J. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of Applied Physiology*, 101, 1243-1251.

Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J. i Seva Díaz, A. (1980). El Mini-Examen Cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Revista de psiquiatría y Psicología Médica*, 14, 39-57.

Maddox, G. (1964). Disengagement theory: A critical evaluation. *Gerontologist*, 4, 80-82.

McDonald, J. (1996). Community participation in an Australian retirement village. *Australian Journal on Ageing*, 15(4), 167,171.

Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., Andrés, M. E. i Declaver, M. D. (2003). *Programa de Memoria. Método UMAM (Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid)*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

Muller, C. i Werwerimer, J. (1981). *Abrégé de Psychogériatrie*. París, Masson.

Pevejer, R. i Johnston, D.W. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behaviour Reserch and Therapy*, 24: 413-420.

Rebok, G. W., Carlson, M. C. i Langbaum, J. B. S. (2007). Training and maintaining memory abilities in healthy older adults: traditional and novel approaches. *Journal of gerontology: Psychological sciences*, 62, 53-61.

Saiz, C. (1990). Conocimiento, entrenamiento y envejecimiento. *Anales de Psicología*, 612, 209-220.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nova York, McGraw Hill.

Stine-Morrow, E. A., Parisi, J. M., Morrow, D. G., Greene, J. i Park, D. C. (2007). An engagement model of cognitive optimization through adulthood. *Journal of gerontology: Psychological Sciences*, 62, 62-69.

Titlebaum, H. (1988). Relaxation. A R. P. Zahourek (Ed.), *Relaxation and imagery: tools of therapeutic communication and intervention*, (p. 28-52). Philadelphia, W. B. Saunders.

Van Gelder, B. M., Tijhuis, M. A. R., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A. i Dromhout, D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men. *Neurology*, 63, 2316-2321.

World Health Organization. (2002). Active Ageing: A policy framework. Consultat el XX a <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>

Autors

TERESA JAUDENES GUAL DE TORRELLA

Palma, 1963. Núm. de col.: B-0836. Llicenciada Psicologia per la UIB. EU en Gerontologia i EU en Gestió de Qualitat en Serveis Socials per la UIB. Membre actiu del grup de treball de Qualitat de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia, en què participa en la publicació de diverses guies de qualitat per a diferents serveis d'atenció a la gent gran: centres de dia, SAD i Teleassistència. Actualment treballa en el document «50 recomanacions bàsiques d'aplicació pràctica del model de planificació i atenció gerontològica centrada en la persona». Ha dirigit i ha estat responsable dels diferents serveis d'atenció a la gent gran, com a directora de la Llar Avenida Argentina, el centre de dia per a gent gran, de l'IMAS; responsable autonòmica de Teleassistència de Creu Roja Illes Balears; directora assistencial i psicòloga de residència privada de gent gran i directora de SAD. És tutora d'alumnes de pràcticum de Psicologia de la UNED i la Universitat Jaume I (València). Té el Diploma d'Estudis Avançats per la UIB (Análisis del Engagement y Burnout de los Auxiliares de Geriatria y la Satisfacción de los Usuarios de Centro Residencial Geriátrico). Actualment s'encarrega de la coordinació de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB.

JOSÉ ÁNGEL RUBIÑO DIAZ

Motril (Granada), 1978. Núm. de col.: B-01648. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Granada, especialització en Neuropsicologia i Demències per la UOC i l'ISEP. Diploma d'Estudis Avançats en Psicobiologia per la UNED. Màster en Neurociències per la UIB. Membre de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB. Actualment fa docència en l'àrea de la geriatria i psicogerontologia. Col·laborador investigador en els laboratoris de Neuropsicologia i Neurofisiologia de la UIB.

MARÍA JOSÉ ARÉVALO GONZÁLEZ

Palma, 1982. Núm. de col.: B-01638. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Granada. Màster en Psicologia Clínica Infantojuvenil per l'AEPC i l'ISPCS. Educadora sexual i de gènere per l'Institut de Sexologia Al-Andalus de Granada. És membre de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB. Actualment és psicòloga al Centre de Rehabilitació de l'Alzheimer, Demències i Envel·liment Actiu de Mallorca (CRADEAM).

ELENA JORQUERA RIERA

Palma, 1982. Núm. de col.: B-01805. Llicenciada en Psicologia per la UB. Màster en Psicologia Clínica i Psicologia de la Salut per la UAM i Màster en Teràpia Sexual i de Parella per la Fundación Sexpol de Madrid. Membre de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB. Actualment és psicòloga general Sanitària i Sexòloga a la Policlínica Miramar de Palma de Mallorca. Col·labora en diversos blogs escrivint sobre salut sexual i benestar emocional.

ANA ROMO TARANCHEL

Palma, 1976. Núm. de col.: B-02040. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Especialista Universitari en Psicopatologia i Salut per la UNED. Docent en àrees relacionades amb el temps lliure i l'esplai. Psicòloga al Centre de Formació Ocupacional Jovent. Membre de la Vocalia de l'Envel·liment del COPIB. Actualment és terapeuta d'estimulació cognitiva d'usuaris d'associacions de gent gran.

JESSICA DE FREITAS FERNANDES

Caracas, 1986. Núm. de col.: 14923, COP Portugal. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Coïmbra. Màster en Psicogeriatria Clínica. Ha participat en l'adaptació de diverses proves d'avaluació neuropsicològica de la gent gran portuguesa. Membre de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB. Recentment ha col·laborat amb el Grup d'Investigació en Neuropsicologia Clínica de la UIB.

M^a DOLORS FORTUNY BENNASSAR

Palma, 1957. Núm. de col.: B-0559. Llicenciada en Psicologia per la UIB. Ha seguit diversos cursos de formació després de la seva titulació, com Tècniques de Relaxació Muscular, Psicologia de la Intel·ligència, Avanços en l'Avaluació i el Tractament Conductual de l'Ansietat, Salut Mental per a Tothom (III Congrés de la Societat Catalanoblear de Psicologia), Jornades Tècniques Professionals: Presentació de la «Guia de fomento de hábitos saludables para mayores», I Jornades d'Envel·liment Actiu del COPIB, Com Millorar la Nostra Memòria, i Activitats Físiques a Persones amb Deteriorament Cognitiu. És titular del Gabinet Psicològic. Actualment imparteix el Taller de Gimnàstica Cerebral per a persones grans.

**DE L'ATENCIÓ A PERSONES
ASSISTIDES A L'ATENCIÓ
CENTRADA EN LA PERSONA.
EINES DE VALORACIÓ**

De l'atenció a persones assistides a l'atenció centrada en la persona. Eines de valoració

Sofia Alonso Bigler

Ana Belén Velasco Rodríguez

Resum

En aquest article es pretén analitzar com ha evolucionat el perfil residencial en els darrers anys i com aquest canvi s'ha de reflectir a través del disseny i la implantació d'un nou model d'atenció centrat en la persona, per millorar l'atenció a les persones grans i sobretot millorar la seva qualitat de vida.

Per poder desenvolupar aquest model, és necessari implementar eines de valoració que ens permetin conèixer la persona d'una manera integral i tinguin en compte totes les àrees d'atenció de la persona.

L'article analitza i compara com es valorava l'ingrés a un centre residencial amb la normativa de l'IMSERSO, com es valora amb l'aplicació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i com a pesar d'aquestes valoracions és necessari implementar una eina de valoració pròpia que ens permeti conèixer més bé els nostres residents, per poder atendre'ls millor.

La idea principal és transmetre la necessitat de disposar d'una planificació i dinàmica d'avaluació i autoavaluació que permetin als centres gestionar de manera proactiva, estructurada, eficaç i eficient basant-se en un model de gestió per processos i millora contínua, i una millor orientació a la satisfacció de les necessitats biopsicosocials dels usuaris.

Resumen

En este artículo se pretende analizar como ha evolucionado el perfil residencial en los últimos años, y como este cambio se debe reflejar a través del diseño e implantación de un nuevo modelo de atención centrado en la persona, para mejorar la atención a las personas mayores y sobre todo mejorar su calidad de vida.

Para poder desarrollar este modelo, es necesario implementar herramientas de valoración que nos permitan conocer a la persona de una forma integral y tengan en cuenta todas las áreas de atención de la persona.

El artículo analiza y compara como se valoraba el ingreso en centro residencial con la normativa del IMSERSO, como se valora con la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y como a pesar de estas valoraciones es necesario implementar una herramienta de valoración propia que nos permita conocer mejor a nuestros residentes, para poder atenderlos mejor.

La idea principal es transmitir la necesidad de disponer de una planificación y una dinámica de evaluación y autoevaluación que permita a los centros gestionar de manera proactiva, estructurada, eficaz y eficiente basándose en un modelo de gestión por procesos y mejora continua, y una mejor orientación hacia la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de los usuarios.

1. Introducció

Moltes varen ser les expectatives que es varen generar quan es va aprovar la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Primerament es va presentar com la consecució d'un nou dret de l'estat del benestar, com una gran font d'inversió tant d'àmbit estatal com autonòmic i com un nou jaciment de feina, ja que la necessitat d'atendre aquestes persones implicaria la generació de molts de llocs de treball, i a la vegada el reconeixement de les persones cuidadores i, sobretot, del paper de la dona, mare, filla, germana cuidadora que havia desenvolupat aquest paper sense rebre cap compensació a canvi.

Aquest seria, tal vegada, un resum simplista del que va suposar la Llei de dependència, però simplement vol servir per il·lustrar el fet que decidir aprovar la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, va suposar un canvi substancial en l'atenció a les persones en centre residencial. Quan diem que l'aplicació de la Llei de dependència havia de suposar molts canvis és perquè va ser així, i ho diem des de l'experiència professional viscuda en l'àmbit de la gestió de l'atenció a les persones grans en l'àmbit insular i concretament a l'illa de Mallorca. Tal vegada la nostra experiència i realitat no és extrapolable a tot el territori espanyol, però creiem que ens ha de servir per poder aprendre de l'anàlisi de la situació i de la necessitat que es dissenyin i s'implementin canvis en el model d'atenció a les persones en situació residencial.

2. Un canvi significatiu. De persones assistides a persones en situació de dependència

El canvi més substancial que tal vegada han sofert els nostres centres ha estat que les persones que hi ingressaven com a assistides ara hi ingressen perquè es troben en situació de dependència.

L'any 1987 l'IMSERSO definia una residència per a persones assistides com a establiments destinats a l'atenció i assistència d'aquelles persones que presenten una incapacitat permanent que els impedeix desenvolupar les activitats normals de la vida diària i que

necessiten, per tant, l'assistència de tercers. I l'any 2010 la Cartera de Serveis del Govern de les Illes Balears deia que un servei residencial per a persones més grans de 65 anys en situació de dependència és un servei que s'ofereix des d'un enfocament biopsicosocial, és a dir, serveis continuats de caràcter personal i sanitari (allotjament, convivència i atenció integral de caràcter social). Té una funció substitutòria de la llar familiar de manera temporal o permanent.

La primera definició, com hem dit, és de l'any 1987, i està extreta de la Resolució de 26 d'agost de la Direcció General de l'IMERSO, per la qual es regulen els ingressos, els trasllats i les permutes en els centres residencials de la tercera edat. La segona és del Decret 56/2011, de 20 de maig, pel qual s'aprova la Cartera Bàsica de Serveis Socials de les Illes Balears 2011-2014. Aquestes són dues definicions extretes de normatives, separades pràcticament per 25 anys, en què es passa d'un model més aviat assistencial a un model més integral, que té en compte tots els aspectes de la persona i que parla de manera més concreta dels distints serveis que s'ofereixen en un centre residencial a més de l'atenció a la persona ròpiament.

Fins a l'any 2010 va ser aplicable la normativa de l'any 1987, que abans hem esmentat. Aleshores es va decidir, després de tres anys d'aplicació de la Llei de dependència que era necessari que en les places insulars del Consell de Mallorca, l'IMAS, també s'ingressés per dependència, per tal d'evitar que hi hagués dues portes d'entrada a les places públiques de residència per a persones grans. Però no va ser tan fàcil com dir: canviem de sistema. Paral·lelament a la decisió que els ingressos ordinaris es farien per aplicació de les normes derivades a la Llei de dependència, es va haver d'iniciar el programa de prioritat social, per tal de donar solució a les situacions socials de vulnerabilitat, de risc social, en què moltes de les persones grans es trobaven i es troben, i que certament, en moltes ocasions, la Llei de dependència no atén.

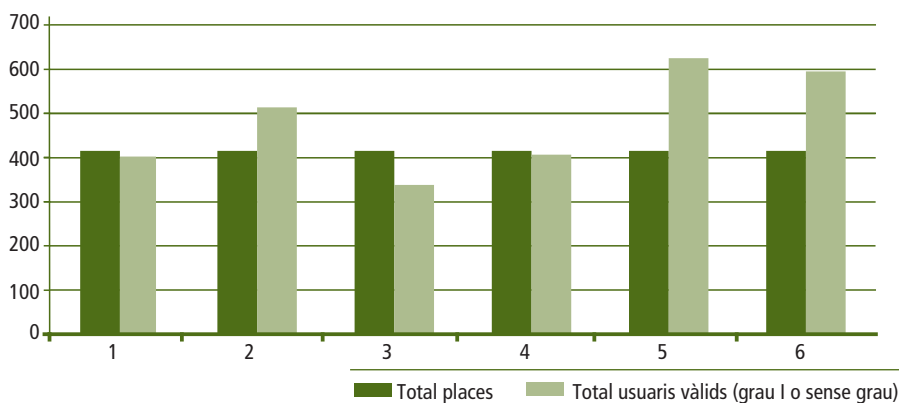
Gràfic 1 | *Nombre d'usuaris assistits*



La realitat, actualment, és que tenim persones que hi ingressen per dependència, persones que ho fan per prioritat social, altres persones autònomes que fa molts d'anys que estan al centre, persones fràgils... però tenim els centres organitzats en grups de persones vàlides i persones assistides. També hem de pensar que és veritat que les persones dependents poden estar on fins ara hi havia les persones assistides, però que no totes les persones assistides són dependents.

És real aquesta informació? Podríem dir que cal matisar la informació. La realitat és, com hem dit abans, que no en totes les places de persones assistides hi poden anar persones dependents i, per tant, malgrat que es decidís que a partir de l'any 2010 l'ingrés ordinari en una residència es faria a través del reconeixement de la situació de dependència, realment no es podien posar totes les places per a persones assistides a disposició de la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència. En els centres hi havia, i hi ha, persones autònomes que es van deteriorant, però que no passen directament a tenir un grau II o III. Les persones que hi ingressen per prioritat social no poden esperar el temps d'espera que hi ha actualment per accedir a un recurs residencial. Hi ha persones que estan en un recurs residencial que obtenen una valoració més baixa de dependència pel suport que reben. Les persones que ja hi estaven ingressades, no sempre quan empitjoren obtenen més d'un grau I. El que reflecteix el gràfic 1 és que a partir de l'any 2012 hi va haver un canvi de criteri; per una banda, es va concretar quines eren les places per a persones assistides i quines per a persones vàlides i, per l'altra, es varen començar a comptar com a assistides només les persones que tenien un grau II o III de dependència. Això explicaria el canvi substancial entre places i usuaris.

Gràfic 2 | Nombre d'usuaris vàlids



De fet, si revisam les dades de les persones vàlides, veurem que, si intentéssim encaixar el gràfic 1 i el 2, quasi aconseguiríem fer-ho, precisament perquè les persones que

a partir de l'any 2012 considerem que no són dependents les comptabilitzem com a usuaris vàlids i són moltes més que les places que tenim als centres, perquè precisament són les persones que aprofiten aquells recursos que no són aptes per a les persones dependents.

Aleshores, cal redefinir les places, o més ben dit, redefinir els centres a partir del disseny i la implantació d'un pla de millora, que ens ajudi a gestionar i sobretot a atendre les persones a partir del coneixement de la realitat de cada una, és a dir, a partir de l'atenció centrada en la persona.

3. De la valoració de l'imsero a la valoració de dependència

Aquests canvis no es varen produir perquè sí. De fet, els canvis de tipus demogràfic es produeixen en un termini més llarg de vuit o deu anys, però l'anàlisi del fet que l'any 2006, mentre s'aprovava la Llei de dependència, el que aleshores era l'Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca fes les valoracions a través de la normativa de l'IMSERO del 1987 sí que ens pot treure una mica de dubtes.

3.1. La valoració de l'imsero

L'any 2006 es valoraven totes les sol·licituds d'ingrés a residència de caràcter insular segons la normativa que regulava l'Ordre de 8 de gener de 1986 del Ministeri de Treball i Seguretat Social, per la qual s'aproven els nous barems d'admissió, trasllats i permutes als centres residencials per a la tercera edat de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (IMSERO), de la Seguretat Social.

Segons aquesta normativa, en la valoració dels expedients de sol·licitud d'ingrés en residència de tercera edat es ponderaven les variables següents:

Taula 1 | *Barems d'admissió segons la normativa IMSERO*

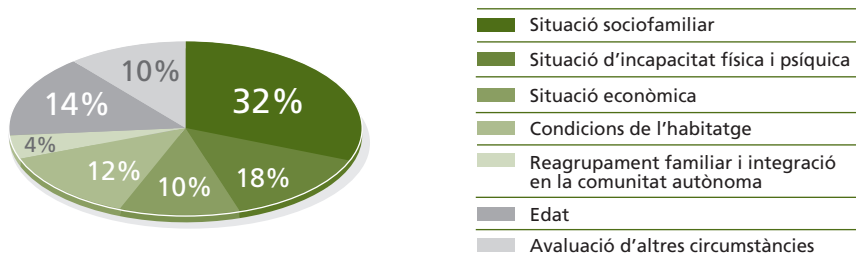
Variable	Puntuació màxima
Situació sociofamiliar	64
Situació d'incapacitat física i psíquica	36
Situació econòmica	20
Condicions de l'habitatge	24
Reagrupament familiar i integració en la comunitat autònoma	8
Edat	28
Avaluació d'altres circumstàncies	20

Com veiem, cada variable tenia una ponderació en què la situació sociofamiliar era la més valorada, seguida de la incapacitat física i psíquica i de l'edat.

No entrarem a desglossar cada un dels ítems, però per fer més gràfica la valoració, el gener de 2007, quan la Llei de dependència va entrar en vigor, la puntuació de tall per ocupar una plaça de persona assistida era d'aproximadament 176 a 175 punts, i la puntuació de tall per ocupar una plaça de persona vàlida era aproximadament de 149 a 146 punts.

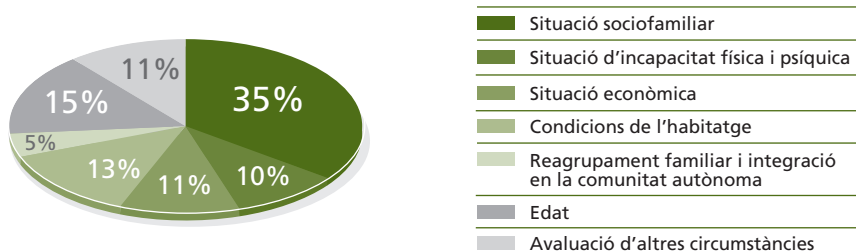
Per tant, el perfil de les persones que hi ingressaven era el que mostra el gràfic següent, en què es pot veure quin pes té cada un dels ítems. També es pot veure quina és la diferència a l'hora de valorar una persona assistida i una persona vàlida.

Gràfic 3 | Persona assistida



La diferència residiria en la seva situació d'incapacitat física i psíquica. Així, òbviament, la persona vàlida havia de mantenir la majoria de les capacitats i, per tant, això feia que la resta de variables tinguessin un punt més de pes que en la persona assistida.

Gràfic 4 | Persona vàlida



Aquest era el perfil de persones que entraven als centres residencials públics fins a l'entrada en vigor i l'aplicació de la Llei de dependència.

Des del moment en què entraven a la residència, les persones vàlides necessitaven principalment suport en l'àmbit sociofamiliar o psicosocial i les persones assistides, a més, necessitaven suport per la seva situació d'incapacitat física i/o psíquica, tot i que les condicions de l'habitatge i la seva situació econòmica no milloraven, però quedaven cobertes amb l'atenció residencial.

L'any 2007 la demanda de places residencials a l'illa de Mallorca era de 851 persones que sol·licitaven plaça per a persones vàlides i 1.127 que sol·licitaven places per a persones assistides, el 68% de les quals eren dones i el 32% homes. El 51% eren de menys de 80 anys i el 49% eren de més de 80 anys.

Des de l'any 2007 fins al 2010 varen conviure els dos sistemes, però l'any 2010 es va decidir tancar la via d'accés de l'IMSERSO i deixar només el sistema de dependència com a via d'accés. Una decisió a simple vista senzilla, però que realment no es va poder dur a terme al cent per cent perquè senzillament la dependència no resol les situacions de necessitat social, de vulnerabilitat, i les persones no sempre poden esperar que els toqui el seu recurs. A més, la situació econòmica de crisi a tot el país també es va sentir a l'hora que les famílies es poguessin fer càrrec de les persones grans. Aleshores es va decidir, encertadament, deixar una porta oberta als casos de prioritat social. Per tant, vàrem deixar una porta oberta a un perfil distint del de les persones amb dependència, el de les persones fràgils socialment parlant.

3.2. La valoració de dependència

D'acord amb l'establert en l'article 2.2 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, la dependència és l'«estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat i lligades a la manca o la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, requereixen l'atenció d'altres persones o ajuts importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajuts per a la seva autonomia personal».

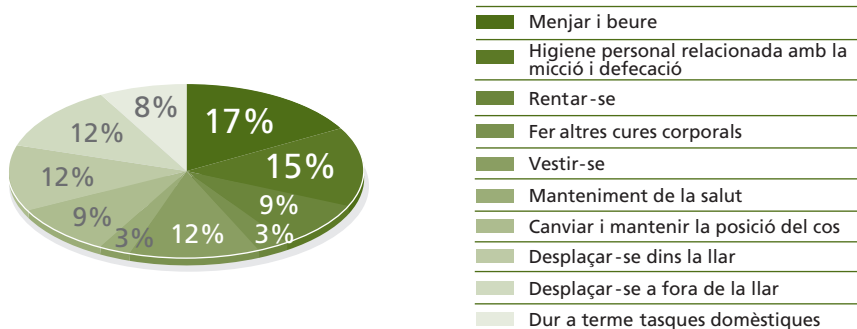
Així, mentre que en la valoració de l'IMSERSO s'atorgava una puntuació màxima a cada un dels àmbits de la vida d'una persona, sociofamiliar, econòmic, d'edat, etc., ara, el que es fa és valorar les capacitats que té la persona per a dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària. La puntuació és la següent:

Taula 2 | *Graus de dependència*

Descripció de graus	Puntuació bvd
Grau I. Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària almenys una vegada al dia o té necessitat de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal.	De 25 a 49 punts
Grau II. Dependència severa: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix suport permanent d'una persona cuidadora o té necessitats de suport extens per a la seva autonomia personal.	De 50 a 74 punts
Grau III. Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzats per a la seva autonomia personal.	De 75 a 100 punts

El que varia molt ara és què puntua i com puntua. La llei valora les activitats bàsiques de la vida diària, concretament:

1. Menjar i beure
2. Higiene personal relacionada amb la micció i defecació
3. Rentar-se
4. Fer altres cures corporals
5. Vestir-se
6. Manteniment de la salut
7. Canviar i mantenir la posició del cos
8. Desplaçar-se dins la llar
9. Desplaçar-se a fora de la llar
10. Dur a terme tasques domèstiques

Gràfic 5 | *Escala general de dependència*

Cada ítem té una puntuació associada en funció de les condicions de salut que puguin afectar les condicions mentals i, per tant, aquestes condicions mentals determinen el fet que s'empri una escala general. D'altra banda, quan hi ha un dèficit en les condicions mentals, s'empra una escala específica. També és molt important l'entorn en què es fa la valoració, el domicili habitual de la persona, per tal de tenir en compte si l'entorn li facilita o li empitjora el desenvolupament de les activitats de la vida diària.

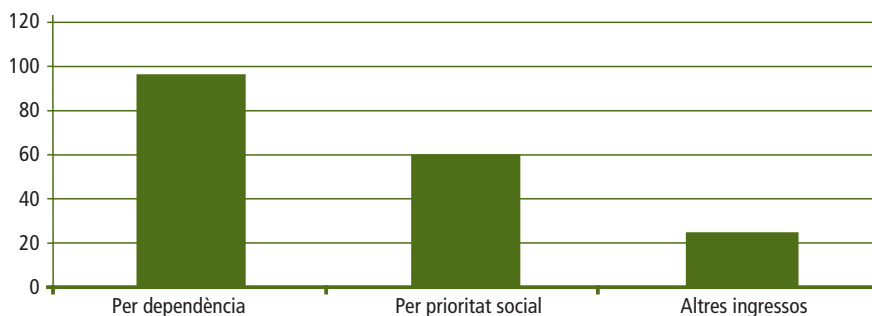
Algú podria pensar que entram a valorar quina és la millor valoració i aquesta no és, en absolut, la nostra intenció, ja que la valoració de dependència serveix per saber quina és la capacitat de desenvolupament d'activitats de la vida diària d'una persona en funció del seu estat de salut i del seu entorn, i en funció d'aquesta valoració es determinarà quin és el recurs més idoni. Entre els recursos sí que trobarem el recurs residencial.

El que sí que ens marca ara és que, una vegada han estat valorades, només les persones que obtenen una valoració de dependència severa o de grans dependents poden anar a un centre residencial. Per tant, són persones que necessiten com a mínim algú per fer dues o més activitats de la vida diària. D'aquesta manera, podem deduir que necessitaran més suport per part del personal.

4. L'evolució del perfil residencial. La necessitat d'un pla de millora

El fet de canviar barems implica, lògicament, canviar perfils. De fet, les persones assistides no són les mateixes persones que les persones dependents que tenen dret a anar un centre residencial.

Gràfic 6 | Total ingressos



Si revisem els ingressos que varem tenir l'any 2013, veurem que hem tingut quasi el mateix nombre d'ingressos per dependència que per la resta de vies d'accés a centre residencial de caràcter insular.

Per tant, aquesta realitat ens ha fet dissenyar un pla, el Pla de Millora Contínua, que ens determina les línies a seguir per redefinir els centres d'atenció a les persones grans, que ens permetin conèixer més de la persona i conseqüentment millorar la seva qualitat de vida.

4.1. El pla de millora

A través del disseny del Pla de Millora Contínua, aconseguirem l'objectiu d'implantar criteris comuns per garantir el servei dels centres propis d'acord amb un model d'intervenció dinàmic i flexible basat en l'atenció integral i global centrada en la persona, com a resposta a la realitat actual, que es fonamenta en un conjunt de principis i criteris d'atenció.

Es vol crear un model basat en el respecte del projecte individual de l'usuari com a element de recerca de qualitat de vida: la persona com a centre de la prestació dels serveis. En aquest context, l'opinió de l'usuari i dels familiars serà un referent essencial en les actuacions del servei. Amb el respecte de la dignitat, intimitat i intervenció integral de la persona podrem obtenir un servei ajustat a les demandes d'aquests usuaris.

El treball en equip dels professionals ens assegurarà una intervenció coordinada que, sota un mateix prisma, aconseguirà el confort i la satisfacció en el servei rebut pel resident.

El treball amb els equips dels centres és una eina fonamental perquè aquest pla s'endinsi en el dia a dia de cada residència i de cada persona.

Una altra dimensió important del pla és l'orientació als processos de millora contínua, partint de la realitat de cada centre i d'una valoració eficient i real de les possibilitats i oportunitats que es poden plantejar en cada situació o moment. D'aquesta manera, es vol impulsar el desenvolupament de plantejaments lligats a l'eficàcia i a l'eficiència.

Aquesta consideració ens farà definir processos, mecanismes i dinàmiques internes orientades no només a prestar els serveis, sinó també a planificar els recursos i les actuacions, i a avaluar-los.

Una aportació destacada d'aquest model ha de ser el fet de saber unir la definició d'horitzons i objectius exigents amb una bona dosi de realisme i una anàlisi de la situació actual dels centres residencials. Les eines dissenyades per a aquesta anàlisi inicial ens serviran de base per a les avaluacions posteriors (orientades a resultats i objectius).

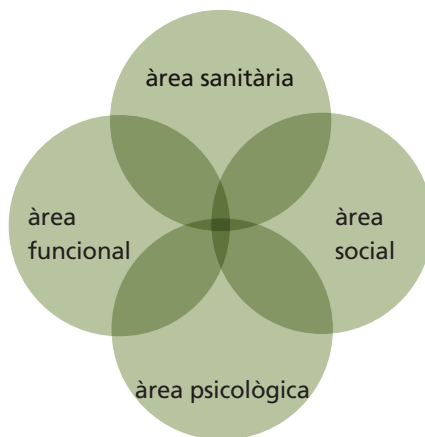
Resumint, l'objectiu general és disposar d'una planificació i dinàmica d'avaluació i autoavaluació que permetin als centres gestionar de manera proactiva, estructurada, eficaç i eficient basant-se en un model de gestió per processos i millora contínua, i una millor orientació a la satisfacció de les necessitats biopsicosocials dels usuaris.

4.2. La importància de la valoració

Si revisam la bibliografia sobre gestió i atenció a persones grans en centres residencials, tots els referents parlen de l'atenció centrada en la persona i, seguint aquest model d'atenció, parlem de la valoració geriàtrica integral com a eix fonamental per conèixer les persones que hem d'atendre.

La valoració integral i l'elaboració de plans d'atenció constitueixen la base de l'atenció geriàtrica, i l'atenció personalitzada integral hauria de ser el principi en què s'hauria de basar la filosofia de serveis per a les persones grans.

La valoració geriàtrica integral (VGI) és el procés diagnòstic multidimensional, dinàmic, interdisciplinari, dirigit a quantificar els problemes i les capacitats de la persona gran en les àrees sanitària, funcional, psicològica i social, que permet dissenyar, després, un pla integral de tractament i seguiment a llarg termini per tenir el programa d'atenció individualitzat (PAI) més adequat en cada moment.



La VGI constitueix el vèrtex de tot el procés d'elaboració del PAI. És un procés multidimensional i interdisciplinari, i avalua totes aquelles àrees o variables que, d'alguna manera, tenen influència en el benestar dels individus. I a més ens fa patent la relació sistemàtica existent entre les diferents àrees.

Amb la VGI aconseguirem un diagnòstic integral que afavorirà la realització d'una intervenció integral i, per tant, no se'ns escaparan les peculiaritats, que ara són cada vegada més freqüents als nostres centres. S'ha de concebre la persona com un ésser biopsicosocial, no dividit en compartiments estancs.

Les àrees, com hem vist al gràfic anterior, han de tenir un espai de convergència per poder, garantir, mantenir o promoure la capacitat funcional.

4.3. Proposta de valoració integral

Des de la distància pel fet de no treballar directament en un centre residencial i des de la proximitat pel fet treballar en la gestió i el suport a la direcció i els tècnics dels centres, hem pogut observar que en aquests moments tenim nous perfils als centres

residencials i que aquests ens hauran de fer reflexionar sobre el nou model d'atenció residencial de l'IMAS per als propers anys, cosa que ens ha encoratjat a fer una proposta pròpia de valoració.

Aquesta està basada en les quatre àrees d'atenció a la persona. Cada una d'aquestes àrees recull una sèrie d'ítems als quals s'atorga un valor. Això ens permet que ens fixem en els aspectes de la persona en els quals realment cal intervenir.

La valoració tindria una primera part de dades personals i antecedents de la persona, que serviria per conèixer la informació bàsica de la persona. D'altra banda, hi hauria una sèrie d'ítems que no han de ser exclusius d'una àrea o que, per absència d'un perfil professional, poden ser emplenats per un altre professional. Però, per tal de ser més clarificadors en aquesta proposta, s'han recollit els ítems per àrees. De cada àrea, es recullen distints ítems. Cada ítem té una sèrie de preguntes, com es veu a la taula següent:

Taula 3 | *Proposta de valoració centrada en la persona*

ÀREA SOCIAL	ASPECTES SOCIALS
	APRENTATGE / AUTOREALITZACIÓ / OCI
	COMUNICACIÓ I CREENCES
ÀREA SANITÀRIA	ALIMENTACIÓ / HIDRATACIÓ
	ELIMINACIÓ
	RESPIRACIÓ / CIRCULACIÓ
	SEGURETAT
	TERMOREGULACIÓ / HIGIENE
ÀREA PSICOLÒGICA	REPÒS / SON
	VALORACIÓ COGNITIVA
	VALORACIÓ AFECTIVA
	VALORACIÓ CONDUCTUAL
	GDS:
ÀREA FUNCIONAL	PFEIFFER:
	MOBILITAT / VESTIR-SE
	BARTHEL

Per a cada ítem hi ha una sèrie de preguntes que hi estan relacionades, que tenen una puntuació que pot anar de 0 a 5, en funció del nombre de respostes preestablertes que es puguin donar, en què 0 és la situació desitjable i 5 la pitjor (per exemple, si la resposta és sí o no, només tindríem els valors 0 i 1).

Podríem fer tot un article sobre la valoració, però certament encara està en fase d'experimentació. L'important no és l'eina, sinó el que aquesta ens permet conèixer. Per una banda, ens facilita un coneixement inicial molt extens de la persona i, per l'altra, de la informació de totes les persones, podem extreure'n dades per definir quins són els distints perfils de les persones que resideixen als nostres centres. Si ho sabem, aquesta proposta ens permetrà:

- Analitzar amb més precisió quins són els distints perfils de les persones ingressades a la residència.
- Conèixer de manera individual les necessitats d'atenció de les persones residents.
- Planificar les modificacions quant a infraestructures que siguin necessàries als centres.
- Treballar en nous models d'atenció basats en unitats de convivència, oferint una atenció més individualitzada i especialitzada.
- Adequar els recursos humans a les necessitats de les persones, basant-nos en el model d'atenció centrat en la persona.

Referències bibliogràfiques

Decret 56/2011, de 20 de maig, pel qual s'aprova la Cartera Bàsica de Serveis Socials de les Illes Balears 2011-2014.

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

Plan de atención individualizado. Servicio Foral Residencial. Bizkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia.

Pla d'impuls per crear i implantar instruments per a la millora contínua del servei d'atenció als centres de gent gran de l'IMAS 2013-2015. Coordinació de l'Àrea de Gent Gran.

Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Resolució de 26 d'agost de 1987, de la Direcció General de l'IMSERSO, per la qual es regulen els ingressos, trasllats i permutes en els centres residencials de la tercera edat.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Colección Papeles de la fundación, nº 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.

Autores

SOFIA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta, 1977. Educadora Social (UNED). Estudis de Postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Diversos cursos sobre gestió de centres residencials per a persones grans. Des de l'any 2006, tècnica a la Coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

ANA BELÉN VELASCO RODRÍGUEZ

1975. Diplomada en Treball Social (UIB). També és llicenciada en Ciències del treball per la UOC (2006) i ha fet un màster en Direcció de Serveis Clínics i Assistencials amb la UIB. Des de l'any 2012 és la Coordinadora de l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. De l'any 2003 a l'any 2011 ha ocupat el càrrec de gerent de la Llar de Calvià, entre altres càrrecs de responsabilitat.

**LA RUPTURA DEL PACTE SOCIAL
EUROPEU I L'EMPOBRIMENT
DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS**

La ruptura del pacte social europeu i l'empobriment de la gent gran a les Illes Balears

Rafael Borràs Ensenyat

Resum

La gestió de la crisi ha suposat la ruptura del contracte social europeu que garantia uns estàndards acceptables de cohesió social per al conjunt de la ciutadania. Les polítiques d'austeritat aplicades han provocat un accelerat i intens procés d'empobriment de la majoria de la societat que ha afectat la població de més edat. Aquest article pretén fer una aproximació als efectes d'aquest empobriment a les Illes Balears. Després de denunciar la política d'invisibilització del problema, s'analitza l'evolució de la renda disponible i el deteriorament de les condicions de vida i l'augment de les carències materials associades a l'envel·liment, i s'acaba amb sis conclusions.

Resumen

La gestión de la crisis ha supuesto la ruptura del contrato social europeo que garantizaba unos estándares aceptables de cohesión social para el conjunto de la ciudadanía. Las políticas aplicadas han provocado un acelerado e intenso proceso de empobrecimiento de la mayoría de la sociedad que ha afectado a la población de más edad. El artículo pretende hacer una aproximación a los efectos de este empobrecimiento en las Islas Baleares. Después de denunciar la política de invisibilización del problema, se analiza la evolución de la renta disponible, el deterioro de las condiciones de vida y el aumento de las carencias materiales asociadas al envejecimiento, y se acaba con seis conclusiones.

1. Introducció

La crisi més llarga i intensa que hem viscut des de l'acabament de la segona gran guerra, ha suposat la ruptura del contracte social europeu. D'aquell pacte que suposava un equilibri en el repartiment dels poders, en el qual, d'una banda, s'acceptava el paper del capitalisme en l'assignació de recursos (economia de mercat i propietat privada) i, d'altra banda, hi havia una acceptació de la legitimitat i necessitat de la intervenció de l'Estat per regular els mercats i les decisions de les empreses privades i garantir així principis essencials en la convivència de les societats, com ara la igualtat o la solidaritat. L'economia de mercat esdevenia economia social de mercat. Alhora s'ampliaven els drets polítics de la democràcia. Era un sistema de convivència que funcionava, que promovia millores en la competitivitat del teixit empresarial, qualificació dels treballadors, drets laborals i socials al llarg de la vida (des del naixement fins a la mort) i plena ocupació. Era l'Estat de benestar com a senya d'identitat europea.

El procés de desmantellament del contracte social ha provocat un accelerat i intens empobriment de la majoria de la societat. Els ascensors socials s'han aturat per a la majoria

de la ciutadania i, per això, la tasca més urgent potser és la recerca d'un nou contracte social amb nous elements, però sense perdre l'horitzó de la igualtat. Si realment el que es vol és superar la crisi, s'haurà de refer el pacte, en cas contrari, aquesta crisi s'haurà emprat per dissenyar una societat menys cohesionada i desigual i, consegüentment, menys democràtica.

2. La invisibilitat de la pobresa de la gent gran

La gestió neoliberal de les grans diferències i de la marginalitat inclou la invisibilització de la pobresa com a fenomen. No podia ser d'una altra manera des del punt que no s'assumeix el valor econòmic de la cohesió social, ni s'és capaç d'imaginar la productivitat i la competitivitat sense engrandir les desigualtats. Fins i tot és freqüent l'associació de retallades de l'Estat del benestar amb polítiques de culpabilització de les víctimes d'aquestes retallades. Potser això explica la manca d'estadístiques públiques actualitzades amb immediatesa i adaptades a la nova situació de risc d'exclusió de bona part de la societat. La publicació de dades oficials de l'empobriment dels distints col·lectius —com ara les persones grans— en cada una de les comunitats espanyoles es fa amb retard. A tall d'exemple, seguim amb dades generalistes d'arreu de l'Estat (enquesta de condicions de vida, ECV, o enquesta de pressuposts familiars, ambdues de l'INE) que incorporen dades poc actualitzades i menys segregades. Fins i tot la dissolució d'institucions, com ara el Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, ens priva d'una valuosa informació sobre aspectes qualitatius de les pensions de la Seguretat Social.

Cal incloure en aquesta gestió neoliberal dos elements més: 1. El menyspreu envers la situació de greus carències materials com a fenomen problemàtic «solucionable» mitjançant incentius a la beneficència. 2. L'associació, encara ara, de la situació de pobresa (o de risc d'exclusió social) amb determinats col·lectius: immigrants, persones malaltes, població reclosa a les presons, col·lectivitats de determinades ètnies. S'equivoquen. El fenomen de l'empobriment en general, i de les persones grans en particular, és un assumpte lligat a la construcció social canviant en funció de factors econòmics, polítics, socials i culturals de cada lloc i, per això, caldrien estadístiques, si més no, trimestrals i regionalitzades.

L'empobriment del qual es parla en aquest article és la dinàmica per la qual *«els individus o les famílies tenen recursos tan reduïts que els exclouen de l'estil de vida considerat mínimament acceptable per a l'Estat membre en el qual habiten»* (Consell d'Europa, 1974). No parlem, idò, de pobresa lligada a circumstàncies personals, sinó de l'exclusió social que provoca l'aplicació d'unes determinades polítiques econòmiques, socials i laborals. Val a dir que les actuals institucions europees consideren l'exclusió com la falta de participació en la vida econòmica, social, política i cultural, i l'allunyament de la manera de vida majoritària a la societat de referència. Es pot afirmar que l'exclusió social apareix quan els individus

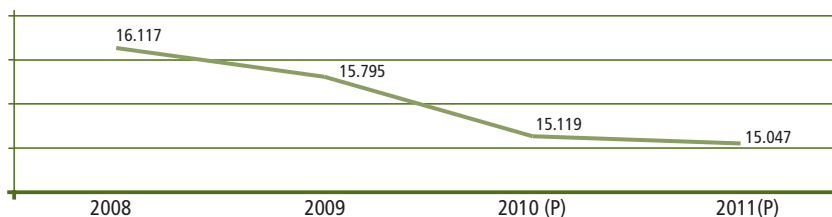
no veuen garantits els seus drets en algun o en alguns d'aquests àmbits alhora. Per tant, la pobresa, la inseguretat i la precarietat econòmica a les Illes Balears, tot i ser relativa, no deixa de ser un dels trets més punyents d'una construcció social en què l'horitzó de la igualtat sembla que ha desaparegut.

Seguidament s'intenta fer una aproximació a la problemàtica de l'empobriment de la gent gran a les Illes Balears a partir de dues vessants: d'una banda, la renda disponible i, d'una altra, la quantificació del risc de pobresa o exclusió social, la seva intensitat i les carències materials més significatives.

3. Una aproximació a la renda disponible i als pressuposts familiars a les Illes Balears

Qualsevol intent d'aproximació a la situació socioeconòmica del col·lectiu de persones grans ens remet a l'anàlisi prèvia d'aquesta situació per al conjunt de la població. Una de les estadístiques disponibles per copsar la dita situació és la que ens informa de la renda disponible,¹ que podem observar al gràfic 1.

Gràfic 1 | Renda disponible bruta de les llars de les Illes Balears (en euros per càpita)

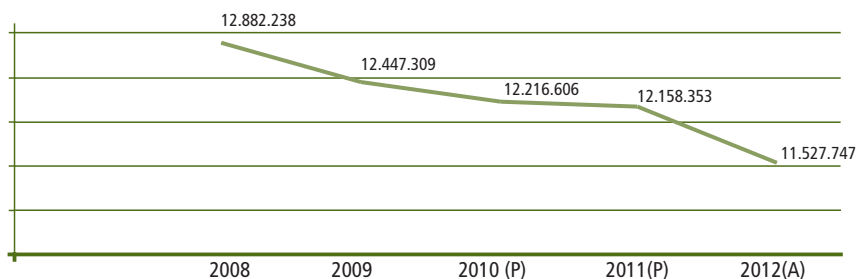


Font: Comptabilitat Regional 2014 (INE). (P) Provisional

La forta tendència a la baixa de la renda disponible és conseqüència del procés de devaluació interna que afecta el conjunt de la població illenca, però especialment el conjunt de la població activa assalariada. En aquest sentit, el salt negatiu que es pot observar al gràfic 2 és el resultat de dos fenòmens alhora: la disminució d'hores treballades (augment de l'atur) i la baixada dels salaris. Tot plegat ha suposat un -10,5% en retribucions per a la població assalariada.

¹ La renda disponible bruta és la suma de les rendes disponibles a les llars per dur a terme les operacions de consum final i estalvi. S'obté a partir del PIB, afegint-hi el saldo (positiu o negatiu) de les rendes (del treball i de la propietat) i les transferències corrents rebudes i lliurades a la resta del món.

Gràfic 2 | Remuneració total de les persones assalariades de les Illes Balears (milers d'euros)

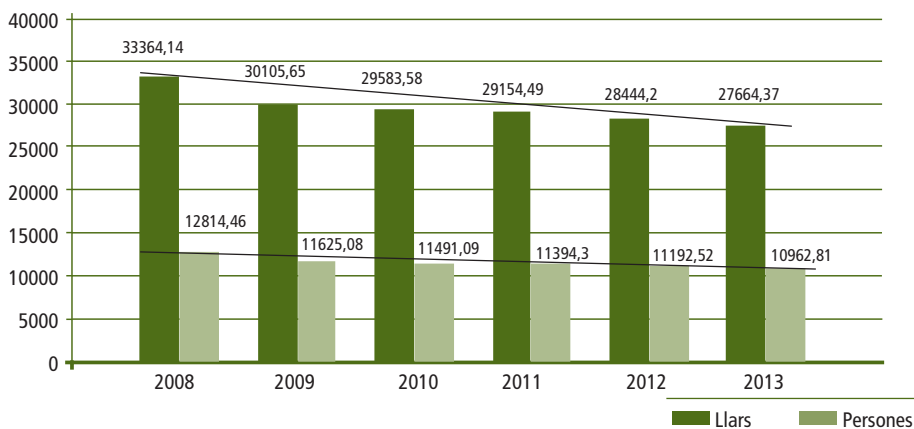


Font: Comptabilitat Regional 2014 (INE). (P) Provisional

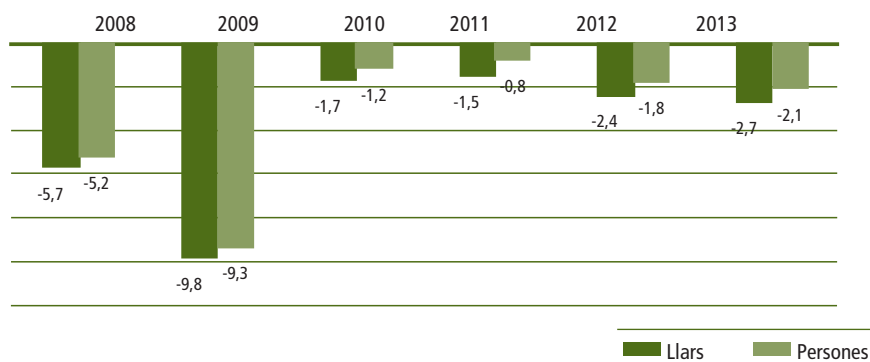
Però la situació socioeconòmica de qualsevol col·lectiu ve també condicionada per la capacitat de despesa. No debades en algunes conjuntures —per exemple, en plena bombolla econòmica 1990-2006— aquesta capacitat creixia per sobre de l'evolució de la renda disponible. Era el miratge de «viure del crèdit».

Òbviament, amb la crisi actual això ha canviat radicalment i, tal com pot observar-se al gràfic 3, la despesa mitjana, tant de les llars com de les persones, no deixa de baixar. Els daltabaixos més importants es produeixen els anys 2008 i, sobretot, 2009, però any rere any disminueix la despesa a les llars il·lenques. (Vegeu el gràfic 4.)

Gràfic 3 | Despesa anual mitjana en euros per llar i persona a les Illes Balears



Font: Enquesta de pressuposts familiars 2013 (INE)

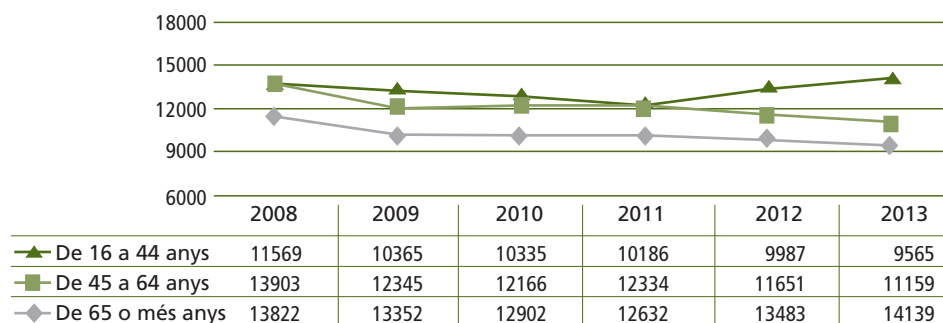
Gràfic 4 | Taxes de variació de les despeses mitjanes a les Illes Balears

Font: Enquesta de pressuposts familiars 2013 (INE)

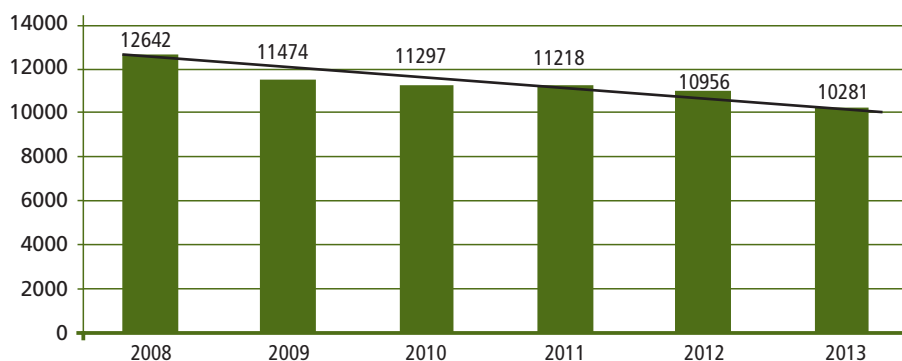
Una vegada feta aquesta aproximació general a la situació socioeconòmica en termes de renda disponible i despesa, farem un cop d'ull a la situació concreta del col·lectiu de persones grans. Ho farem des de dos vessants: la despesa i les quanties de les pensions.

Els gràfics 5 i 6 ens mostren l'evolució de la despesa. Al primer és palesa una despesa més gran entre les persones de més edat que, òbviament, té a veure amb la cada pic menor capacitat de despesa de la població jove. El gràfic potser també indica que les persones de més edat han de fer front a un conjunt de despeses bàsiques de les llars que, per la baixa intensitat d'ocupació i la minva de percepció salarial o de guanys dels negocis, no poden afrontar els membres de la llar de menys edat. Val a dir, a tall d'exemple, que durant l'any 2013 a les Illes Balears la mitjana de llars amb tots els actius en atur va ser de 40.100 (un creixement del 206% en relació amb 2008). Tot plegat em permet afirmar que ha crescut el nombre de gent gran amb el rol de sustentadors de la família o *breadwinners*, és a dir, de proveïdors del manteniment material familiar, encara que sigui a costa dels estalvis i del patrimoni acumulat al llarg de la vida.

No obstant el que acabam de dir, el gràfic 6 ens mostra una despesa descendent de les persones pensionistes. Pot semblar contradictori, però cal tenir en compte que no tothom que és pensionista és gran (com es pot veure més endavant a la taula 1). Tanmateix el que sí que ens indiquen aquestes dades és que el col·lectiu de pensionistes grans, que és el més nombrós, pateix un important descens (-18,7% el 2013 en relació amb 2008) de la despesa realitzada.

Gràfic 5 | Despesa mitjana per persona segons tram d'edat

Font: Enquesta de pressuposts familiars 2013 (INE)

Gràfic 6 | Despesa mitjana (€) per persona pensionista*

Font: Enquesta de pressuposts familiars 2013 (INE)

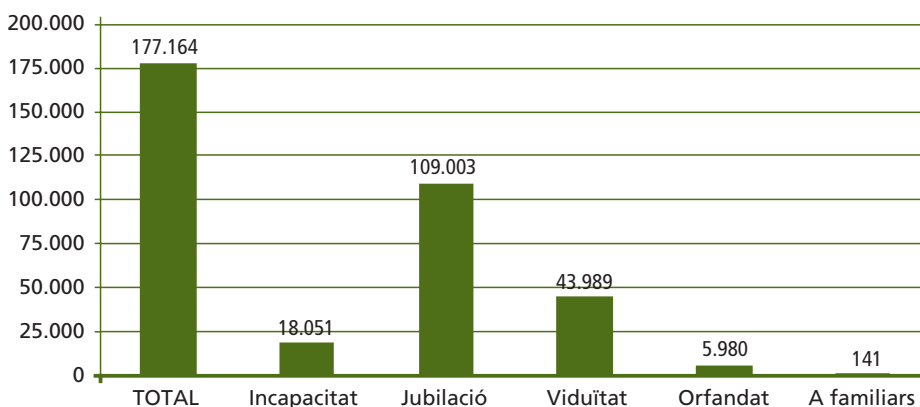
* Beneficiària de qualsevol pensió contributiva o subsidi.

Pel que fa a les pensions, s'han de fer dues consideracions prèvies: la primera fa referència a les dades disponibles, que, malauradament, són escasses quant al perfil d'edat dels beneficiaris. La segona és sobre l'extraordinària importància que tenen les pensions pel que fa a la pobresa (o absència de pobresa) de la gent gran. En aquest sentit, cal recordar que el recent informe mundial de l'Organització Internacional del Treball (OIT) sobre la protecció social 2014-15 insisteix en la responsabilitat dels Estats a l'hora de garantir les pensions de vellesa. L'OIT afirma que «el dret a la seguretat de l'ingrés

en l'edat avançada, arrelat en instruments de drets humans i en normes internacionals del treball, inclou el dret a una pensió adequada», però «els països que emprenen la consolidació fiscal estan reformant els seus sistemes de pensions per realitzar estalvis de costos, inclòs el retard de l'edat de jubilació, la reducció de les prestacions i l'augment de les taxes de cotització. Aquests ajustos estan determinant una menor responsabilitat estatal a garantir la seguretat de l'ingrés en l'edat avançada i traslladant gran part dels riscos econòmics associats amb l'atorgament de la pensió als individus, compromentent així l'adequació dels sistemes de pensions i *disminuint la seva capacitat de prevenció de la pobresa en l'edat avançada*. Els futurs pensionistes percebran pensions més baixes en almenys 14 països d'Europa.» Mentrestant, hi ha dades que confirmen que a l'Estat espanyol la despesa en pensions creix al ritme més baix de les tres darreres dècades i que comença a haver-hi una major percepció del fet que no serà possible viure de la pensió i que, per tant, s'haurà de tirar d'estalvi i de plans de pensions privats. Hom podria afirmar que el sistema públic de pensions ja no és garantia absoluta d'un envelliment sense grans carències materials.

Fetes aquestes consideracions, sembla oportú donar un cop d'ull a l'estat de les pensions públiques a les Illes Balears. A les gràfiques 7 i 8 es poden observar, respectivament, el nombre de persones amb pensió a les Illes Balears i les quanties de les dites pensions. Val a dir que, en ambdós casos, s'empren dades de desembre, perquè, en matèria de pensions en vigor (totes les que es paguen independentment de l'antiguitat de reconeixement), es poden considerar com a mitjana del que ha succeït durant l'any.

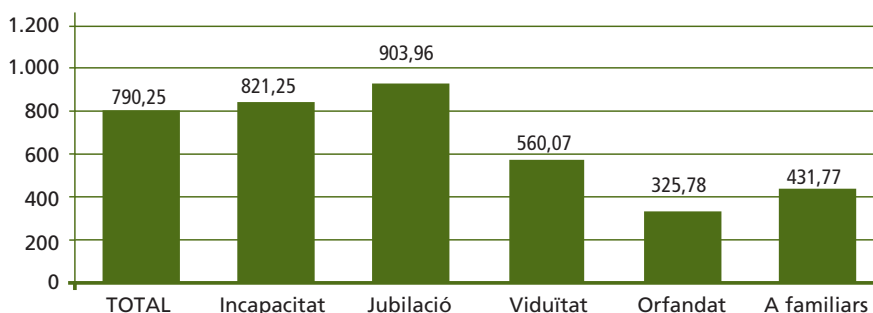
Gràfic 7 | Total de pensions en vigor



Font: Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social

Tenint en compte que la pensió es percep en catorze pagues, el gruix de les pensions està per sobre del llindar individual de la pobresa (com es veurà més endavant al gràfic 9), tot i que les gairebé 44.000 pensions de viduïtat sí que caldria considerar-les per sota de l'indicador de caure en risc de pobresa. Si es pren en consideració que la majoria de persones titulars d'aquestes pensions són més grans de 60 anys (vegeu més endavant la taula 3), ens trobam davant un element d'empobriment de la gent gran, almenys per a les persones que viuen soles, o per a les llars sostingudes per una persona jubilada, que, segons les microdades de l'EPA, en el cas de les Illes Balears són el 15% del total.

Gràfic 8 | Quantia mitjana en euros i mes del total de pensions en vigor



Font: Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social

Tanmateix el més interessant —i menys conegut— és que el factor edat és determinant pel que fa a la quantia de la pensió. Les tres taules següents contenen les dades més recents a les quals s'ha pogut accedir. En qualsevol cas, és inversemblant un canvi significatiu els últims anys quant a la composició per trams d'edat.

A la taula 1 podeu observar com la prestació mitjana més elevada del conjunt de la cistella de pensions és la que correspon al grup de 60-64 anys, que és el grup que més pensions de jubilacions noves incorpora. Per contra, si descomptam els grups de menor edat, que estan «contaminats» pel gran nombre de pensions d'orfandat, els beneficiaris de 80 i més anys són els que tenen una pensió mitjana menor. Això succeeix com a conseqüència de les pensions reconegudes a les acaballes de la dictadura franquista i en els anys inicials de l'actual etapa de democràcia —que tenien una molt baixa quantia inicial, amb grans llacunes de cotització i moltes pensions mínimes de jubilació. És a dir, a més edat menys quantia de pensió, com es pot observar a les taules 2 i 3 pel que fa a les pensions de jubilació i de viduïtat, respectivament.

Taula 1 | *Total de pensions en vigor (1 de gener de 2012)*

Grups d'edat	Nombre	Pensió mitjana en €
0-4	109	281,14
5-9	406	276,66
10-14	786	252,34
15-19	1.354	262,94
20-24	882	286,12
25-29	244	620,83
30-34	591	632,47
35-39	1.277	661,71
40-44	2.189	655,65
45-49	3.478	684,13
50-54	4.977	684,17
55-59	6.844	758,85
60-64	15.600	947,32
65-69	32.384	919,38
70-74	25.957	800,54
75-79	27.042	714,97
80-84	22.834	629,68
85 i més	23.794	530,83
No consta	13	573,42
Total	170.761	740,3
Edat mitjana	71	

Font: Memòria CES Illes Balears (dades INSS, Direcció Provincial de les Illes Balears)

Taula 2 | *Total de pensions de jubilació en vigor (1 de gener de 2012)*

Grups d'edat	Nombre	Pensió mitjana en €
45-49	1	2.461,37
50-54	3	2.085,08
55-59	87	2.123,26
60-64	6.483	1.120,38
65-69	27.927	974,58
70-74	20.777	860,96
75-79	19.595	782,10
80-84	14.690	698,65
85 i més	13.535	589,70
No consta	2	686,26
Total	103.100	841,72
Edat mitjana	75	

Font: Memòria CES Illes Balears (dades INSS, Direcció Provincial de les Illes Balears)

Taula 3 | *Total de pensions de viduitat en vigor (1 de gener de 2012)*

Grups d'edat	Nombre	Pensió mitjana en €
25-29	23	578,76
30-34	75	625,14
35-39	227	602,84
40-44	521	583,32
45-49	980	583,73
50-54	1.513	588,46
55-59	2.218	597,28
60-64	3.206	589,97
65-69	4.289	576,17
70-74	5.087	560,25
75-79	7.364	538,90
80-84	7.989	507,14
85 i més	10.063	455,00
No consta	9	616,19
Total	43.565	530,37
Edat mitjana	75	

Font: Memòria CES Illes Balears (dades INSS, Direcció Provincial de les Illes Balears)

Per completar el quadre de prestacions relacionades amb l'envelliment, a més de la cistella de prestacions de la Seguretat Social, ens hem de referir a les anomenades pensions no contributives (PNC). Es tracta d'una prestació de l'àmbit dels serveis socials per a persones que no tenen accés al sistema contributiu, associada a l'absència de rendes, i d'una quantia màxima anual de 5.122,60 euros, és a dir, substancialment per davall del llindar de la pobresa. Al començament de 2014, el col·lectiu de beneficiaris illencs d'aquesta pensió era de 7.614 persones, de les quals 4.382 ho eren per jubilació, una jubilació, sens dubte, de pobresa.

En qualsevol cas, el que m'interessa posar en relleu és que, si les pensions contributives, especialment les de jubilació, han millorat amb la democràcia,² i s'han instaurat unes ajudes, com ara les PNC, és conseqüència del pacte social europeu que arribà a l'Estat espanyol de la mà de les llibertats democràtiques i que ara, arreu d'Europa, s'ha trencat.

² Les pensions noves reconegudes al mes de desembre de 2013 tenien una quantia mitjana de 955,87 euros pel que fa al conjunt de la cistella de pensions, i les de jubilació, de 1.112,05 euros.

4. Condicions de vida, carències materials i envelliment

Des de l'any 2010 la majoria de la ciutadania ha patit un deteriorament de les condicions de vida, un augment de les carències materials i un considerable procés d'empobriment. Bàsicament això és el que ha provocat la combinació de: a) Les polítiques d'austeritat, especialment aplicada amb retallades i «copagaments» en els serveis socials bàsics. b) La devaluació salarial, que ha provocat una important disminució de la renda disponible i un augment de les desigualtats. c) La frenada en la millora de les prestacions socials monetàries, singularment la congelació de les pensions i les retallades dels subsidis d'atur per als més grans de 45 anys.

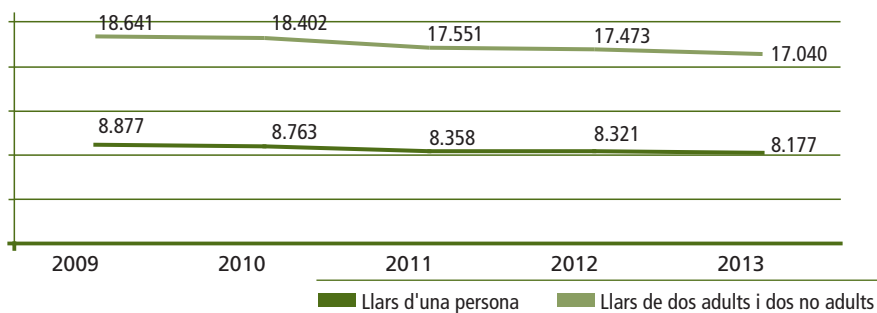
Com afecta això l'envelliment? Quin és l'abast a les Illes Balears? No són qüestions bones de contestar. A tall d'exemple, les dades més recents del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI) són d'àmbit estatal i referides a l'any 2011, però ens informen que els usuaris més grans de 65 anys són el grup majoritari d'usuaris de serveis socials. També podria referir-me a les memòries d'ONG que treballen en el terreny de l'assistència social, com ara Càritas (Fundació Foessa) o Creu Roja d'Espanya. Ambdues entitats fan uns excel·lents informes però excessivament centrats en els usuaris dels seus respectius serveis, que, per cert, tenen una atenció creixent cap a les persones de més edat. No debades, Creu Roja d'Espanya declarava que durant l'any 2013 més de la meitat dels ancians atesos sofrien «pobresa energètica».³

I tanmateix no ens podem conformar amb aquestes generalitats. Intentem, idò, fer una aproximació més acurada a la nostra realitat. Per fer-ho utilitzarem algunes informacions de l'enquesta de condicions de vida (ECV) que fa cada any l'Institut Nacional d'Estadística (INE).

Per entendre la lògica de l'ECV el primer que s'ha de deixar clar és que el llindar de risc de pobresa, seguint els criteris d'Eurostat, es fixa per al conjunt de l'Estat espanyol en el 60% de la mitjana dels ingressos de les llars. Per tant, aquest llindar augmenta o disminueix en la mateixa proporció que ho fa la mitjana d'ingressos, i és per això que en disminuir els ingressos de la població també baixa el llindar de risc de pobresa. Dit en unes altres paraules, un llindar de risc de pobresa a la baixa indica que els sectors de la societat que no el superen pateixen una situació més greu de carències materials.

El llindar espanyol de risc de pobresa ha tingut, els últims anys, l'evolució següent:

³ Pobresa energètica significa no poder accedir als «serveis mínims d'energia» per, entre altres coses, mantenir la temperatura de les llars a un nivell adequat per a la salut.

Gràfic 9 | Llindar de risc de pobresa (€)

Font: Enquesta de condicions de vida (ECV-INE). Resultats definitius. Any 2013

La mencionada ECV conté dos indicadors que convé no confondre. Un és la *taxa de risc pobresa*, que és el percentatge de persones i/o llars amb uns ingressos per sota de la quantitat del llindar de la pobresa. L'altre indicador més recent i robust és l'anomenat *risc de pobresa o exclusió social o AROPE* (acrònim anglès de l'expressió *At Risk of Poverty and Exclusion*) de l'Estratègia Europea 2020. Definit per Eurostat, intenta fer un pas més enllà de la pobresa exclusivament monetària incloent altres dimensions com les privacions materials o la poca intensitat de l'ocupació. Concretament l'ARPE considera que l'exclusió social —o el risc d'exclusió— es mesura a través de l'acumulació de tres situacions: persones i llars que se situen per sota del llindar de la pobresa, que es troben en una situació de privació material i la situació laboral dels seus membres es caracteritza perquè és poc intensa durant l'any.⁴ Val a dir que Eurostat considera que les llars sofreixen privació material quan no poden permetre's almenys tres dels conceptes inclosos al gràfic 10. Si se sofreixen carències en quatre o més d'aquests conceptes, la situació es qualifica de privació material severa.

Quant als resultats generals, la taula 4 ens mostra una fotografia en la qual el que més sobta és que a les Illes Balears el percentatge AROPE, i sobretot el de carència material greu, és més gran que el del conjunt de l'Estat espanyol.

⁴ Les estadístiques de la UE defineixen la intensitat en l'ocupació d'una llar com la relació entre el nombre de mesos que els membres de la llar en condicions de treballar ho han fet efectivament durant l'any i el nombre total de mesos en els quals podrien haver treballat (treball potencial). Si el nombre de mesos treballats és escàs en relació amb el nombre de mesos de treball potencial (a les activitats estacionals es consideren només els d'activitat com a potencials), llavors la intensitat en l'ocupació d'aquesta llar és baixa, i reflecteix problemes d'inserció al mercat laboral dels membres.

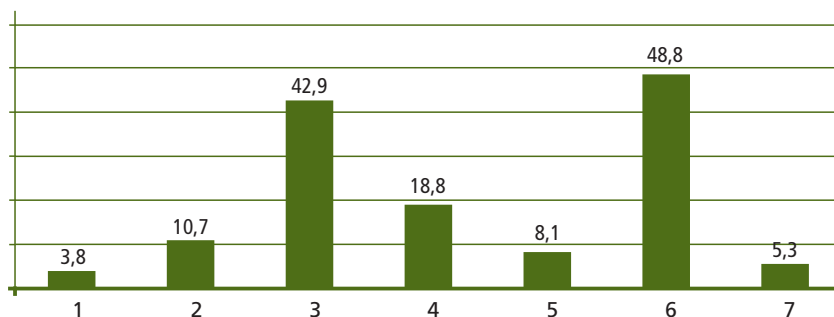
Taula 4 | *Principals resultats. Enquesta de condicions de vida (ecv). Resultats definitius. 2013*

	Illes Balears	Espanya
Taxa de risc de pobresa o exclusió social (AROPE)	27,8%	27,3%
En risc de pobresa	19,8%	20,4%
Amb carència material greu	10,4%	6,2%
Vivint en llars amb baixa intensitat en el treball (de 0 a 59 anys)	7,1%	15,7%

Font: Enquesta de condicions de vida (ECV-INE.). Resultats definitius. Any 2013

Si observam les principals carències materials de la societat il·lenca (gràfic 10), hom pot intuir que les persones de més edat estan especialment afectades.

Gràfic 10 | *Principals carències materials* a Balears (% persones 2013)*



Font: Enquesta de condicions de vida (ECV-INE). Resultats definitius. Any 2013

* 1. No pot permetre's menjar carn, pollastre o peix almenys cada dos dies. 2. No pot permetre's mantenir l'habitatge amb una temperatura adequada. 3. No té capacitat per afrontar despeses imprevistes. 4. Ha tingut retards en el pagament de despeses relacionades amb l'habitatge principal (hipoteca o lloguer, rebuts de gas, comunitat...) els últims 12 mesos. 5. No pot permetre's disposar d'un ordinador personal. 6. No pot permetre's anar de vacances almenys una setmana l'any. 7. No pot permetre's disposar d'un automòbil.

Malaauradament no es disposa d'informació actualitzada per trams d'edats. Aquesta informació la proporciona habitualment l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a partir de l'explotació de dades de l'ECV. Però l'INE, amb la incorporació del cens poblacional de 2011, ha efectuat canvis a l'ECV, entre d'altres estadístiques, i a hores d'ara l'IBESTAT no ha actualitzat les dades definitives de 2012, ni ha efectuat l'explotació de dades de 2013.

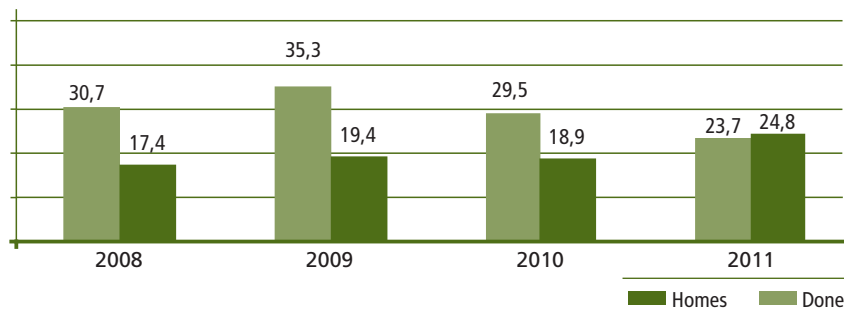
No obstant això, els tres gràfics següents ens indiquen que a les Illes Balears la població més gran de 65 anys, i en especial les dones, sofreixen una taxa de risc de pobresa i d'exclusió social més gran que la del conjunt de la població. Tenint en compte l'evolució de les taxes globals de pobresa i l'AROE, és gairebé segur que aquesta tendència s'ha mantingut durant els anys 2012 i 2013.

Gràfic 11 | Evolució taxa risc de pobresa a Balears

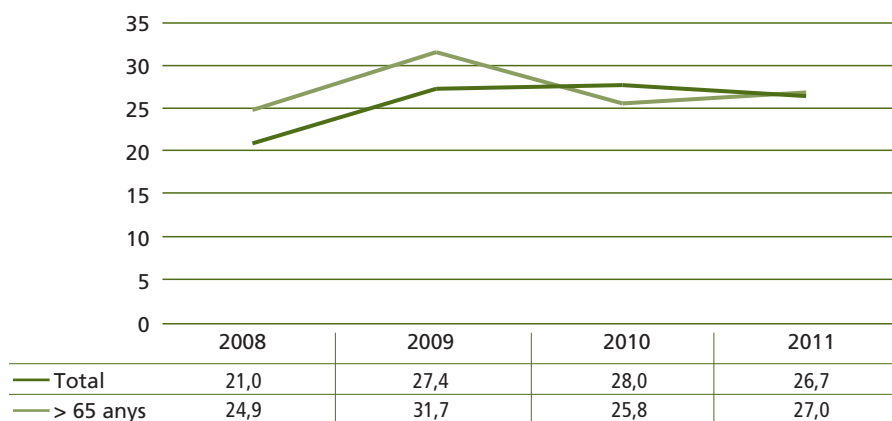


Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a partir de dades de l'ECV-INE

Gràfic 12 | Evolució taxa de risc de pobresa a Balears, per sexe majors 65 anys



Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a partir de dades de l'ECV-INE

Gràfic 13 | *Evolució taxa risc de pobresa o exclusió social (AROPE) a Balears*

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a partir de dades de l'ECV-INE

5. Sis conclusions (forçosament provisionals) aplicables a les Illes Balears

1. És imprescindible millorar —en qualitat i immediatesa— les estadístiques públiques relatives a les condicions de vida i d'evolució de la pobresa i del risc d'exclusió social. No és admissible que trimestralment tinguem dades del PIB general i sectorial i no en tinguem de la taxa de pobresa en general i de la de la gent gran en particular. En aquest cas és molt adient recordar una frase del premi Nobel Joseph Stiglitz: «El que mesuram afecta les decisions que prenem.»
2. Cal encoratjar les administracions públiques i les organitzacions de la societat civil perquè realitzin estudis en profunditat dels efectes de l'empobriment entre la població més gran. Els darrers mesos s'ha fet una importat i positiva tasca de conscienciació sobre la pobresa infantil. Mentrestant, la població gran i pobre segueix sent un fenomen invisibilitzat.
3. L'empobriment de la població gran és conseqüència de l'empobriment general de la societat i especialment de les anomenades classes mitjanes. Les persones amb una pensió s'han convertit en molts casos en els sustentadors principals o, si més no, en col·laboradors imprescindibles per fer front a les despeses de les llars, cada pic més afectades per l'atur.
4. Les retallades aplicades en les polítiques socials bàsiques (sanitat, atenció a les situacions de dependència, educació, serveis socials i pensions), la manca de control

de preus i qualitat de serveis essencials com els energètics, els de transport públic, o els relacionats amb la cura dels infants, i la generalització dels copagaments i de les taxes, han agreujat —en extensió i intensitat— el risc de pobresa i d'exclusió social de les persones grans.

5. Viure els darrers anys de la vida per sota del llindar de la pobresa i amb carències materials greus ha convertit aquesta pobresa en un problema multidimensional: pobresa energètica, pobresa en salut i esperança de vida a la baixa, pobresa en la cohesió familiar i en la relació intergeneracional, pobresa cultural i tecnològica, exclusió financera, en definitiva, pobresa en l'índex de desenvolupament humà.
6. En el camí de conquerir una renda bàsica de ciutadania (RB) que garanteixi a tothom el dret material a l'existència, cal plantejar-se de debò i amb urgència una política audaç de rendes garantides contra la pobresa i l'exclusió social. En aquest sentit em sembla adient recordar que el vigent Estatut d'autonomia de les Illes Balears, a l'article 16, diu que: «Mitjançant una llei del Parlament s'ha d'elaborar la Carta de Drets Socials de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears [...]. En tot cas, l'actuació de les administracions públiques de les Illes Balears s'ha de centrar primordialment en els àmbits següents: [...] la protecció i l'atenció integral de la gent gran per a la promoció de la seva autonomia personal i de l'envelliment actiu que els permeti una vida digna i independent i el seu benestar social i individual».

Em sembla evident que, per complir mandats legals com l'anterior, serà necessari un nou contracte social que tingui present que un envelliment sense llibertat material garantida és èticament i políticament del tot rebutjable en democràcia.

Referències bibliogràfiques

Arcarons, J., Garganté, S. i Toledano, D. (2013). *Preguntes i respostes sobre la ILP per la Renda Garantida de Ciutadania*. Icaria.

Consejo Económico y Social de España (2013). *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 2013*.

Fernández, G., Martínez, L., Pérez, B., Pérez, J. i Sánchez, E. (2014). *¿Qué hacemos contra la pobreza?* Akal.

Fundació Foessa. www.foessa.es

Fundació Gadeso (2013). *Cap a on anam? Els ciutadans de les Illes Balears*.

Navarro, V. i Clua-Losada, M. (Observatorio Social de España 2012). *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*. Ariel.

Raventós, D. (2012). *¿Qué es la renta básica?: preguntas (y respuestas) más frecuentes*. El Viejo Topo.

Sales, A. (2014). *El delito de ser pobre*. Icaria.

Autor

RAFAEL BORRÀS ENSENYAT

Port de Pollença, 1957. Formació Professional. Coordinador de programes de la Fundació Gadeso i editor de les revistes *Panorama Sociolaboral* i *Temes Socioeconòmics*. Ha estat membre (2005-2010) de la Comissió Provincial de les Illes Balears de l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).

EVOLUCIÓ DEL SISTEMA D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS

Evolució del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears

Lluís Ballester Brage
Apol·lònia Miralles Xamena

Resum

Es presenta una revisió de l'evolució del sistema d'atenció a la dependència a l'Estat espanyol i a les Illes Balears, a partir de les principals dades disponibles.

Objectiu: Conèixer el desenvolupament de les magnituds del sistema d'atenció a la dependència.

Mètodes: Estudi de les dades distribuïdes per l'IMSERSO en les seves bases de dades estadístiques. S'han tractat les dades per poder calcular els indicadors principals de l'anàlisi. També s'ha realitzat una revisió bibliogràfica de les més recents aportacions a l'anàlisi del sector.

Resultats: S'observa un important deteriorament en l'estructuració del sector (a partir de les mesures d'estalvi aprovades per l'actual govern), així com de la cobertura de les prestacions del sector. S'han pogut identificar i documentar els canvis en l'estructura de les prestacions: es desenvolupen cada vegada més les prestacions econòmiques de suport als cuidadors familiars, en detriment dels serveis. També s'observa un manteniment de la feminització del sector.

Resumen

Se presenta una revisión de la evolución del sistema de atención a la dependencia en el Estado español y en las Islas Baleares, a partir de los principales datos disponibles.

Objetivo: Conocer el desarrollo de las magnitudes del sistema de atención a la dependencia.

Métodos: Estudio de los datos distribuidos por el IMSERSO en sus bases de datos estadísticas. Se han tratado los datos para poder calcular los indicadores principales del análisis. También se ha realizado una revisión bibliográfica de las más recientes aportaciones al análisis del sector.

Resultados: Se observa un importante deterioro de estructuración del sector (a partir de las medidas de ahorro aprobadas por el actual gobierno), así como de la cobertura de las prestaciones del sector. Se han podido identificar y documentar los cambios en la estructura de las prestaciones, desarrollándose cada vez más las prestaciones económicas de apoyo a los cuidadores familiares, en detrimento de los servicios. También se observa un mantenimiento de la feminización del sector.

La **Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència**, va ser aprovada el 20 d'abril de 2006 pel Consell de Ministres i el 30 de novembre de 2006, de forma definitiva, en el Ple del Congrés dels Diputats amb

una **àmplia majoria**. Al llarg de 2007 es va iniciar el procés de desplegament de la Llei al conjunt de l'Estat.¹

El text de la Llei va ser pactat pel PSOE, IU-ICV i ERC abans de començar la tramitació parlamentària; al Senat es varen incloure algunes modificacions proposades pel PP, CiU i el PNB, especialment en matèria de salut mental i de gran dependència. La finalitat de la Llei era que ja ningú no hagués de dependre de la caritat ni dels capritxos dels governs de torn. Amb aquesta llei, els dependents, en les situacions més greus, veurien reconeguda la **protecció social** com un **dret subjectiu**. El risc de dependència deixa de ser un risc que s'assumeix de forma individual i privada, i passa a tenir una consideració de risc social, de forma anàloga al que ocorre amb el cessament de l'activitat laboral per vellesa, desocupació i malaltia, que a Espanya cobreixen els diferents programes de l'Estat de benestar configurats en la dècada dels vuitanta (Caro, 2013).

1. Evolució de les prestacions

Encara que la Llei sempre ha patit un **finançament insuficient**, el seu desplegament es feia des de la perspectiva estratègica de convertir el sistema de protecció a la dependència en un dels pilars més importants de l'**Estat de benestar** (Rodríguez Cabrero, 2011). El desenvolupament de la Llei va ser progressiu, des del primer any, però quan el PP va arribar al govern el 2011 va congelar el procés d'aplicació, a l'Estat i a les Illes Balears. El Govern de Mariano Rajoy va aprovar, a finals de 2011, congelar un any el calendari d'implantació progressiu.² Se seguien donant ajudes als casos més greus, 150.000 dels quals tenien l'ajuda reconeguda però encara no la rebien. L'argument era «garantir la sostenibilitat del sistema». Amb l'excusa de la crisi, el PP va començar a buidar de contingut la Llei: varen retirar tot un grau de dependència, varen reduir les percepcions mensuals i suprimir la Seguretat Social del cuidador familiar del dependent. També varen aturar l'aprovació dels decrets de reconeixement de les prestacions a favor de persones en situació de dependència³ (Morales, 2014).

¹ El text original de la Llei va ser publicat al BOE núm. 299, de 15 de desembre de 2006, però hi ha un conjunt important de versions revisades posteriors:

- Versió vigent des de l'1 de gener de 2007 fins al 25 de maig de 2010.
- Versió vigent des del 25 de maig de 2010 fins a l'1 de gener de 2012.
- Versió vigent des de l'1 de gener de 2012 fins a l'1 de juliol de 2012.
- Versió vigent des de l'1 de juliol de 2012 fins al 15 de juliol de 2012.
- Versió vigent des del 15 de juliol de 2012 fins a l'1 de gener de 2013.

Segons l'Observatorio del Sector de Atención a la Dependencia (2014, p. 7): «La normativa relativa a la LAPAD es rotundament excesiva: incluye más de 671 normas de CC.AA y 134 normas estatales.» Per a una revisió del desplegament normatiu estatal i autonòmic es pot consultar el treball de Vidriales Fernández et al. (2013).

² Mesures vinculades al Reial decret llei 20/2011, de 30 de desembre, de mesures urgents en matèria pressupostària, tributària i financera per a la correcció del dèficit públic.

³ Concretament, les decisions més importants es varen incloure al Reial decret llei 20/2012, de 13 de juliol, de mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat.

El principal problema, en qualsevol cas, ha estat el del finançament de la Llei. Segons l'Observatorio del Sector de Atención a la Dependencia (2014, p. 6): «la financiación de la Administración General del Estado ha sufrido importantes disminuciones (regularización de expedientes, reducción cuantías máximas prestación económica y suspensión de cuotas SS de cuidadores no profesionales que arrastraba deuda de 1.034 millones de €, suspensión del nivel acordado).»

Les dades són molt clares, tal com es pot veure a les taules 1 i 2: entre 2011 i 2012 es va produir una disminució en les valoracions, així com en el nombre de perceptors efectius de les prestacions. En aquests anys, en el conjunt de l'Estat, segons les dades oficials de l'IMSERSO (les úniques vàlides), va haver-hi una reducció del 37,7%, i a les Illes Balears, del 41,1% dels perceptors efectius de les prestacions:

Taula 1 | *Evolució de les principals dades del sistema d'atenció a la dependència 2008-2014. Espanya*

ESPANYA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Des.	Des.	Des.	Des.	Des.	Des.	Juliol
Sol·licituds	684.525	1.202.844	1.754.886	2.183.442	1.636.694	1.644.284	1.621.056
Dictàmens	554.822	1.058.346	1.585.022	1.973.026	1.536.180	1.530.190	1.516.058
Dret a prestació	422.846	804.050	1.091.061	1.483.608	996.088	944.345	903.523
Perceptors de prestació		565.218	919.659	1.227.871	764.969	753.842	724.283
Variació de perceptors any per any			62,7%	33,5%	-37,7%	-1,5%	-3,9%
Variació de perceptors des de 2010			100,0%	133,5%	83,2%	82,0%	78,8%

Taula 2 | *Evolució de les principals dades del sistema d'atenció a la dependència 2008-2014. Illes Balears.*

ILLES BALEARS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Des.	Des.	Des.	Des.	Des.	Des.	Juliol
Sol·licituds	15.581	22.773	29.686	36.227	24.463	24.187	24.217
Dictàmens	8.818	18.367	24.967	30.987	23.826	23.574	23.143
Dret a prestació	6.281	13.872	18.660	25.263	38.620	14.890	14.158
Perceptors de prestació		6.867	12.090	15.963	9.399	10.770	11.356
Variació de perceptors any per any			76,1%	32,0%	-41,1%	14,6%	5,4%
Variació de perceptors des de 2010			100,0%	132,0%	77,7%	89,1%	93,9%

Font: IMSERSO, juliol de 2014

Pel que fa a aquesta davallada, es necessitaran anys perquè hi hagi una recuperació. De fet, a les Illes Balears, encara no s'ha arribat al nivell de perceptors de 2011, quan es va arribar a 15.963 beneficiaris.⁴ Actualment, segons les dades oficials de l'IMSERO, el 31 de juliol hi havia 11.356 perceptors de prestacions a les Illes Balears.

S'han de fer algunes precisions a les dades aportades per l'IMSERO. La primera és que no es tracta d'un procés de reducció que afecti de forma diferencial les Illes Balears, sinó que és una política estatal clarament dissenyada. Com es pot observar a la taula 3, s'ha passat de 2,61 perceptors de prestació per 100 habitants el 2011 a 1,54 perceptors el 2014. Si es fa una comparació per comunitats autònomes, la reducció més important no és la de les Illes Balears (-28,86%), ni molt menys; altres comunitats de grans pressuposts, com Catalunya (-45,23%), Madrid (-33,53%) o Euskadi (-43,97%), han fet reduccions encara més importants; pel que fa a comunitats similars, per la seva estructura social i economia, com les Canàries (-36,16%) i la Comunitat Valenciana (-45,23%), les reduccions també han sigut prou significatives.

Taula 3 | *Perceptors de prestació en relació amb la població de les CA*

Àmbit territorial	Perceptors prest.		2011		% perceptors per habit. ⁵	
	2011	2014	Nombre	%	2011	2014
ESPANYA	1.227.871	724.283	-503.588	-41,01	2,61	1,54
Illes Balears	15.963	11.356	-4.607	-28,86	1,44	1,02
Canàries	37.700	24.067	-13.633	-36,16	1,78	1,14
Catalunya	275.209	150.719	-124.490	-45,23	3,66	2,00
Comunitat Valenciana	109.017	55.127	-53.890	-49,43	2,13	1,08
Madrid	141.935	94.343	-47.592	-33,53	2,20	1,45
Euskadi	82.277	46.100	-36.177	-43,97	3,78	2,10

Font: IMSERO i elaboració pròpia

Una segona precisió d'interès és que la nostra comunitat autònoma té el percentatge més elevat de població estrangera de l'Estat, amb importants diferències, per la qual cosa la comparació de les taxes de cobertura no es pot fer sense introduir una correcció dels càlculs. La cobertura calculada com a percentatge respecte de la població de 2011 i 2014, és de les més baixes de l'Estat, un 1,02 a les Illes, mentre és d'un 1,54 al conjunt de l'Estat. Si es fa la depuració de les dades de població, sense considerar la població estrangera sense dret a prestació, les dades s'ajusten una mica més a les de les comunitats similars

⁴ S'utilitza l'any 2011 com a referència perquè es considera que va ser l'any de la normalització dels nivells bàsics de dotació, però també perquè va ser l'any del canvi de govern a l'Estat i a les Illes Balears.

⁵ S'ha calculat el 2011 i 2014 segons la població de cada un dels dos anys.

a les Illes Balears (taula 4). Mentre la nostra comunitat passa a tenir 1,92 perceptors per 100 habitants, les Canàries en té 2,20, i la Comunitat Valenciana, 2,63, i es redueixen una mica les diferències observades abans. El mateix passa el 2014.

Taula 4 | *Perceptors de prestació en relació amb la població de dret de les CA (càlcul realitzat sense la població immigrada)*

Àmbit territorial	Perceptors prest.		Població 2011		% immigració	% perceptor per habit.
	2011	2014	Nombre	%	2011	2014
ESPANYA	1.227.871	724.283	40.261.251	6.759.780	14,38%	3,05
Illes Balears	15.963	11.356	831.961	274.088	24,78%	1,92
Canàries	37.700	24.067	1.716.228	402.291	18,99%	2,20
Catalunya	275.209	150.719	6.170.218	1.342.163	17,87%	4,46
Comunitat Valenciana	109.017	55.127	4.137.485	974.221	19,06%	2,63
Madrid	141.935	94.343	5.207.252	1.251.432	19,38%	2,73
Euskadi	82.277	46.100	1.994.567	183.772	8,44%	4,13

Font: IMSERSO, INE i elaboració pròpia

Una de les explicacions que cal tenir present per a aquest nivell baix és que el dèficit històric de dotacions de serveis socials ens posava en la pitjor situació de l'Estat quan va començar el sistema d'atenció a la dependència, per exemple en places residencials d'oferta pública, ja que l'Estat no havia fet les inversions necessàries per a les Illes Balears, i la transferència de competències de serveis socials va arribar infradotada (Ballester i Oliver, 2004).

2. Tipus de prestacions

El tipus de prestacions que tenen un major pes en totes les CA són les prestacions econòmiques destinades a la cura familiar (2011: 49,02%; 2014: 42,35% a Espanya), seguides de les d'ajuda a domicili i teleassistència (2011: 19,10%; 2014: 25,45% a Espanya) i les d'atenció residencial (2011: 17,10%; 2014: 14,01% a Espanya). Per contra, les menys importants són les prestacions econòmiques d'assistència personal (2011: 0,11%; 2014: 0,20% a Espanya), seguides de la prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal (2011: 0,63%; 2014: 2,45%) (taula 5).

A les Illes Balears, seguint aquesta mateixa línia, la prestació amb major pes és la prestació econòmica per a cures familiars (69,86%), seguida de l'atenció residencial, que ocupa el segon lloc (17,22%). Sorpren la reduïda importància de l'ajuda a domicili (menys d'un

1% de perceptors d'aquesta prestació a càrrec de la Llei de dependència). El patró clarament s'ha desenvolupat a partir del manteniment de les persones dependents al seu domicili, amb el suport d'algú. Aquest patró és molt diferent del de comunitats on hi havia una molt important oferta residencial prèvia a la Llei, com les Canàries, Euskadi o la Comunitat Valenciana; però es diferencia sobretot per la reduïda importància de l'ajuda a domicili, aquí desenvolupada a partir del Pla de prestacions bàsiques i ja finançada per les administracions territorials.

No se sap, a partir de les dades disponibles, si hi ha una correcta adequació de les prestacions a les necessitats de les persones dependents. Les anàlisis fetes fins al moment només han pogut fer aproximacions a aquesta adequació (Hernández, 2014).

Respecte al nombre de prestacions rebudes per persona beneficiària, tal com s'extreu de la taula 5, pot dir-se que les Illes Balears es troba novament en els darrers llocs, amb una ràtio d'1,01 (prestacions per persona), justament amb les Canàries, que tenen una ràtio d'1,00. La tendència a reduir el cost del sistema i a repartir al màxim els recursos, fa que aquestes ràtios no deixin de baixar (el mínim, evidentment, és igual a una prestació per beneficiari).

Taula 5 | *Persones beneficiàries i tipus de prestacions*

(Juliol de 2014)	Persones beneficiàries de prestació	Tele-assistència i ajuda a domicili	Atenció residencial	P. E. cures familiars	Altres	Ràtio de prestacions per persona beneficiària
Àmbit territorial	Nombre	%	%	%	%	
ESPANYA	724.483	25,45	14,01	42,35	18,19	1,26
Illes Balears	11.356	0,76	17,22	69,86	12,15	1,01
Canàries	11.880	4,09	21,61	46,31	28,00	1,00
Catalunya	131.465	19,59	12,08	54,36	13,97	1,33
Comunitat Valenciana	40.498	18,02	21,36	41,27	19,34	1,13
Madrid	88.070	34,65	16,39	25,99	22,97	1,27
Euskadi	40.788	12,40	21,04	48,35	18,21	1,20

Font: IMSERSO i elaboració pròpia

3. Cuidadors familiars

Una de les conseqüències més interessants del desplegament de la Llei ha estat la normalització d'una xarxa de cuidadors familiars, amb moltes possibilitats de desenvolupament de diverses modalitats d'actuació (Gómez, 2013). Aquesta xarxa s'ha creat i ampliat, però s'ha deteriorat el procés de preparació i de suport per a aquests cuidadors.

Aquest nombre de cuidadors no professionals de persones en situació de dependència està directament relacionat amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, considerada per la Llei 39/2006 només quan el beneficiari pugui ser atès al seu domicili per l'entorn familiar. De manera que aquesta llei preveu el suport a dos tipus de subjectes: el dependent i el cuidador, aquest, abans dels canvis introduïts pel PP a finals de 2011, veia recompensada la seva atenció perquè se li reconeixia el seu paper amb el sistema de la Seguretat Social, i quedava enquadrat en el seu camp protector i, a més, fins aleshores se li oferien programes de formació i mesures per poder gaudir dels períodes de descans.

A tot l'Estat s'ha desenvolupat molt aquesta figura, que ha passat de donar cobertura al 9,74% de totes les persones dependents a donar-ne al 53,26% (taula 6). Entre les comunitats on més importància ha adquirit es troben Catalunya (62,87%) i les Illes Balears (70,82%). Es tracta d'una figura controvertida, però d'indubtable interès pel que representa per a les persones dependents i les seves famílies.

Taula 6 | *Cuidadors no professionals de persones en situació de dependència. Dimensions.*

Àmbit territorial	Nombre total de perceptors de prestacions		Perceptors prestació d'ajudes per a cuidadors		%Perceptors prestació d'ajudes per a cuidadors	
	2011	2014	2011	2014	% 2011	% 2014
ESPANYA	1.227.871	724.283	119.542	385.786	9,74%	53,26%
Illes Balears	15.963	11.356	806	8.042	5,05%	70,82%
Canàries	37.700	24.067	1.524	5.518	4,04%	22,93%
Catalunya	275.209	150.719	13.916	94.757	5,06%	62,87%
Comunitat Valenciana	109.017	55.127	8.689	18.903	7,97%	34,29%
Madrid	141.935	94.343	1.368	29.054	0,96%	30,80%
Euskadi	82.277	46.100	7.044	23.757	8,56%	51,53%

Font: IMSERSO i elaboració pròpia

En termes relatius, els increments han estat espectaculars, com a la comunitat de Madrid, juntament amb Catalunya i les Illes Balears (taula 7). El primer motiu és que les persones dependents prefereixen mantenir-se al seu entorn conegut, però també hi ha altres motivacions més discutibles. En bona part s'ha desenvolupat aquests anys pel menor cost que representa aquest tipus de cobertura, però també perquè amb la crisi moltes famílies han preferit donar l'atenció directament i mantenir el màxim de recursos sota el seu control.

Pel que fa al perfil sociodemogràfic dels cuidadors professionals, el 2014, cal destacar que aquest grup es compon fonamentalment de dones (94% enfront del 6% d'homes) d'edat avançada (Benítez, 2014), ja que més de la meitat dels cuidadors no professionals (el 55%) tenen més de 50 anys. Com assenyala Benítez al seu estudi, la feminització de la

dependència (perceptores de prestacions així com treballadores i cuidadores) s'ha anat consolidant al llarg dels anys de desplegament de la Llei. No es pot considerar negativament el conjunt d'aquest procés, tot i que s'han de tenir presents les implicacions negatives que representa: reproducció i ampliació del model de l'especialització en les tasques de la llar a la cura de persones dependents al domicili, limitació de la promoció professional de les dones implicades, etc. (Martín, 2013).

Taula 7 | *Cuidadors no professionals de persones en situació de dependència. Variació 2011-2014.*

Àmbit territorial	Perceptors de prestació		Variació 2011-2014	
	2011	2014	Nombre	%
ESPANYA	119.542	385.786	266.244	222,72
Illes Balears	806	8.042	7.236	897,77
Canàries	1.524	5.518	3.994	262,07
Catalunya	13.916	94.757	80.841	580,92
Comunitat Valenciana	8.689	18.903	10.214	117,55
Madrid	1.368	29.054	27.686	2023,83
Euskadi	7.044	23.757	16.713	237,27

Font: IMSERSO i elaboració pròpia

Queda pendent una anàlisi detallada dels cuidadors, no només de les seves característiques generals, sinó dels tipus i qualitats de les atencions desenvolupades, el suport que reben dels serveis de l'Administració i d'ONG, així com altres aspectes fins ara inèdits.

Com hem dit, fins que el PP va suprimir la Seguretat Social del cuidador familiar del dependent, es reconeixia el seu treball (que feia i que segurament seguiria fent amb independència de l'aprovació de la Llei), encara que no com un treball en sentit estricte, perquè la premissa per al reconeixement és que no fossin professionals que es dedicassin a la cura de persones dependents, sinó que prestassin l'assistència en l'entorn familiar.

En qualsevol cas, com es pot comprovar per les dimensions de la cobertura actual i per la tendència al seu increment, es tracta de la primera modalitat d'atenció derivada de la Llei 39/2006 i requereix un tractament adequat.

4. L'atenció a la dependència com a motor de l'economia

Diversos estudis han mostrat la importància dels recursos econòmics destinats a la dependència, pel seu efecte de redistribució, però també com a motor per a l'economia (Zubiri et al., 2010; Díaz, 2014). Cada vegada tenim més clar que s'ha de superar la idea

que els recursos destinats a la dependència són una despesa, i passar a considerar-los com una inversió que contribueix al desenvolupament econòmic i que pot quantificar-se en termes d'impacte en la generació d'ocupació i riquesa.

Segons els estudis, la taxa de retorn dels recursos assignats a aquest sector és molt alta –de cada euro, 0,59 cèntims retornen a l'Administració, a través dels impostos i altres vies, com ara l'estalvi derivat de les prestacions per desocupació i la cotització a la Seguretat Social dels cuidadors (ara ja eliminada pels decrets del PP). La taxa de retorn observada a Euskadi arriba a 0,43, a Guipúscoa, a 0,45 (Zubiri et al., 2010) i a la Comunitat Valenciana, a 1,26 (Federació Empresarial d'Assistència a la Dependència, 2010).

El sector d'atenció a la dependència resulta intensiu en mà d'obra. Segons Díaz (2014), la generació d'ocupació ascendeix a 36 treballadors per cada milió d'euros de despesa de l'Administració. Altres estudis situaven aquest valor entorn de les 23 persones (Zubiri et al., 2010).

La inversió en l'atenció a la dependència té, a més dels efectes directes i indirectes traduïts en ocupació i generació de riquesa, i al marge de la millora en la qualitat de vida dels afectats, altres efectes, com ara:

- La capacitat de generar ocupació i riquesa vinculada a la innovació.
- És una oportunitat de racionalitzar la despesa sanitària amb alternatives de menor cost i socialment més eficaçes, i es pot reduir el consum tant de serveis com de productes sanitaris.
- Permet reduir el cost d'oportunitat de les famílies que es queden sense la possibilitat de treballar fora de la llar per haver d'atendre un familiar.

En conclusió, com hem dit abans, els recursos assignats a l'atenció a la dependència no han de considerar-se com a despesa, sinó que han d'entendre's com a inversió, no solament econòmica (traduïda en ocupació i generació de riquesa), sinó també, i com a principi general, en cohesió social i en benestar individual i col·lectiu (Pérez i Seisdedos, 2013).

5. Conclusions

La Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, es va desenvolupar a Espanya per poder completar la construcció de l'Estat de benestar. El seu desplegament, concertat amb els governs de les comunitats autònomes, s'estava desenvolupant de manera important fins l'any 2011, però les mesures de finals de 2011 i de 2012 varen limitar aquest desplegament de manera molt radical.

Pel que fa a l'estructura de les prestacions, la prestació econòmica destinada a la cura familiar és el tipus de prestació percentualment més important per a totes les CA, també a les Illes Balears, mentre que la prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia és la que té una menor importància.

Les dades mostren el diferent grau d'aplicació que té la Llei 39/2006 en les diferents CA de l'Estat. Les comunitats amb dèficits històrics han estat les més perjudicades a l'hora del desplegament de la Llei, però també s'han de considerar altres factors com ara les polítiques de serveis socials de cada comunitat, amb nivells molt alts de cobertura a Andalusia o Euskadi i molt més baixos a les Illes Balears, les Canàries, València o Madrid. Les Illes Balears se situen en els últims llocs pel que fa a la cobertura que aporta la Llei 30/2006, al percentatge de persones amb dret a prestació, així com al nombre de prestacions per persona i, també, al nombre de cuidadors no professionals de persones en situació de dependència.

A les Illes Balears encara hi ha milers de dependents que esperen el reconeixement de la seva situació, com també el decret que els doni el dret a rebre l'ajuda i, a més, en aquest context: el mes de juliol de 2014 hi havia 4.607 persones amb dret a prestacions menys que al final de 2011. Al llarg dels primers anys d'aplicació de la Llei dubtàvem, però el sistema avançava; amb el Partit Popular, es corre el risc d'anar desapareixent progressivament, mentre ens expliquen que tot va millor que mai. Per aquest motiu necessitam immediatament un canvi de les polítiques socials, però sobretot necessitam que el manteniment i millora del sistema d'atenció a la dependència sigui un tema prioritari, de justícia social indiscutible.

Referències bibliogràfiques

Ballester, L. i Oliver, J. L. (2004). Els serveis socials a les Illes Balears des de l'Estatut d'Autonomia de 1983. A *Arxius de Sociologia*, 11, 107-129.

Benítez, M. A. B. (2014). Feminización de la dependencia: la prestación por cuidados familiares. A *Cuestiones de Género: De la igualdad y la diferencia*, 9, 338-359.

Caro, M. D. M. (2013). Fundamentos Constitucionales de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. A *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 3(1), 135-140.

Díaz, B. (2014). La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico. A *Revista Internacional de Sociología*, 72, 1, 139-171.

Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (2010). *Estudio sobre los efectos económicos y sociales de una política social orientada a la prestación de servicios y PEVS*. Madrid: Autor.

Gómez, S. C. (2013). Mediación familiar e intergeneracional en la atención domiciliaria a personas en situación de dependencia y sus familias. A *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 52, 133-165.

Hernández, J. C. C. (2014). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid: Editex.

Martín, M. C. (2013). *La transversalidad de género en las políticas públicas. Su aplicación en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. (Tesi doctoral). Universidad de Jaén. Jaén.

Morales, E. M. S. (2014). Crisis del modelo de atención a las personas en situación de dependencia en España: implantación y aplicabilidad de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. A *Sistema: Revista de ciencias sociales*, 233, 79-94.

Observatorio del Sector de Atención a la Dependencia en España (2014). *Informe Junio de 2014*. Madrid: Autor.

Pérez, M. L. i Seisdedos, S. R. (2013). Asistencia personal: herramienta para una vida independiente. Situación actual. A *Aposta*, 59.

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. A *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42.

Vidriales Fernández, R., de Araoz Sánchez-Dopico, I., Beotas López, J. L., López García, J. M., Marrero Macías, R. i Rodríguez Morilla, A. (2013). *Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Sèrie: CERMI.es, 40.

Zubiri, I., Martínez, J. i Vallejo, M. 2010. *El impacto económico del gasto en política social de la diputación foral de Guipúzcoa*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Dades oficials del sistema de dependència:

http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.htm

Dades de població:

http://www.ine.es/inebmenu/mnu_padron.htm

Autors

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la UIB. La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'ha centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panels Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre el març de 2007 i el juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

APOL·LÒNIA MIRALLES XAMENA

Montuïri, 1963. Professora Tècnica de FP de Serveis a la Comunitat. Diplomada en Treball Social (UIB). Diplomada en Psicologia. Especialista Universitària en Ciència Política per la UOC Màster en Ciències Socials Aplicades a l'Atenció Sociosanitària (pendent de presentació del Treball Final de Màster sobre anàlisi del sistema d'atenció a la dependència).

ELS IMPACTES OCULTS DE LA CRISI ECONÒMICA EN LA TERCERA EDAT

Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Aquest article vol posar en relleu la importància que han tingut els membres de més edat de la nostra societat durant la crisi. Els pensionistes no només han servit de suport econòmic als familiars directes que han patit en diversos graus d'intensitat les conseqüències de la crisi (pèrdua de la llar habitual, pèrdua de l'ocupació, dificultats per arribar a final de mes...), sinó que el seu suport ha esdevingut molt més ampli, tant en les tasques de cura i atenció dels familiars com de suport psicològic per als membres afectats per la crisi, fet que, en alguns casos, s'ha fet extensiu a cercles més amplis, com amics i, fins i tot, altres membres de la societat (voluntariat, donacions a ONG...). Oferim algunes dades i plantejem alguns càlculs que ens permeten quantificar la importància d'aquesta aportació i de la xifra de persones que pateixen les greus conseqüències econòmiques de la crisi. Això no obstant, aquest article s'esforça a destacar, més aviat, els aspectes qualitatius de tot plegat.

La crisi econòmica, però, també ha fet que el col·lectiu pateixi, malgrat alguns indicadors aparentment contradictoris, efectes negatius. I no hem de considerar només el de la reducció de la renda disponible, sinó que podem parlar d'una afectació general de la qualitat de vida del col·lectiu que s'ha vist, en una mesura més gran o més petita, deteriorada. Hem dedicat part de l'estudi a analitzar-ho.

A més a més, aquest article ens ha servit de marc per reflexionar sobre la crisi econòmica en general i destacar l'increment de la desigualtat de la nostra societat, que ens permet arribar a una terrible conclusió: les previsible crisis futures tindran unes repercussions encara més greus.

Resumen

Este artículo pretende destacar la importancia que han tenido los miembros de más edad de nuestra sociedad durante la crisis. Los pensionistas no sólo han servido de soporte económico a familiares directos que han sufrido con distintos grados de intensidad las consecuencias de la crisis (pérdida del hogar habitual, pérdida del empleo, dificultades para llegar a final de mes...), sino que su apoyo ha sido mucho más amplio, ya sea en tareas de cuidado y atención a los miembros de sus familias ya sea ofreciendo soporte psicológico a las personas afectadas por la crisis, y esto, en algunos casos, se ha hecho extensivo a círculos más amplios como amigos e incluso a otros miembros de la sociedad (voluntariado, donaciones a ONG...). Ofrecemos algunos datos y planteamos algunos cálculos que nos permiten cuantificar la importancia de esta aportación y de la cifra general de personas que padecen las graves consecuencias económicas de la crisis. Nuestro enfoque, a pesar de todo, pretende ser principalmente cualitativo.

La crisis económica ha hecho que también este colectivo padezca, a pesar de algunos indicadores aparentemente contradictorios, efectos negativos. Y no hemos de considerar sólo la reducción de la renta disponible, sino que podemos hablar de una afectación general de la calidad de vida del colectivo que se ha visto, en mayor o menor medida, deteriorada. A su estudio hemos dedicado parte del artículo.

Además, este artículo nos ha servido de marco para reflexionar sobre la crisis económica en general i destacar el incremento de la desigualdad en nuestra sociedad, que nos permite plantear una terrible conclusión: las previsibles crisis futuras tendrán unas repercusiones todavía más graves.

1. Els canvis sociològics recents de la tercera edat i la crisi econòmica

No sorprendré ningú si dic que el rol social que desenvolupen les persones de més edat en el si de la nostra societat és actualment ben distint d'allò que era fa només algunes dècades. Del paper passiu, representat per persones sense activitat, vestides uniformement de negre i tancades a llar, s'ha passat al paper d'un grup social que, malgrat un cert i veritable deteriorament biològic derivat de longevitat pròpia de l'espècie humana, és extremadament dinàmic i presenta una importància creixent en l'estructura social actual.

Això és així des d'un punt de vista quantitatiu pel fet que l'increment de l'esperança de vida i l'arribada de contingents poblacionals cada cop més nombrosos a les edats més avançades fan que aquest sector demogràfic adquireixi més importància numèrica, sobretot entre les dones, atès el fenomen de la feminització de la vellesa sobre la qual reflexionarem fa uns anys (vegeu Lluch) però també és així des d'un punt de vista qualitatiu. Les persones grans no solament són més que abans, sinó que tenen un paper més important i participatiu en la societat, des de múltiples vessants. Des d'una perspectiva econòmica, s'han convertit en un important sector diana per una part del sector industrial que hi destina productes específics i també pel sector serveis, tant de l'àmbit assistencial i sanitari com turístic. Des d'una perspectiva de la participació social també és evident que l'associacionisme, directament adreçat a atendre l'esbarjo propi del col·lectiu, com l'adreçat a atendre altres col·lectius, també és molt important actualment. Moltes són les persones de la tercera edat que participen de manera molt activa en tasques de tipus social (acompanyament de malalts i altres membres de la tercera edat d'edat molt avançada, menjadors socials, magatzems de Càritas...). La jubilació ja no és una època de passivitat i decrepitud; és una fase activa, en què s'obren noves perspectives i possibilitats i en què molts són els que aprofiten per gaudir d'allò que no havien pogut fer en altres èpoques de la vida: estudiar, viatjar, dedicar-se a cultivar els hobbies predilectes... Des d'un punt de vista ideològic i reivindicatiu també és així; es defuig la imatge passiva i acomodada a què hem fet

referència. Els membres d'aquest col·lectiu participen en els moviments de protesta social, tan abundants en aquesta crisi, com el Moviment 11M o les activitats de les plataformes contra les execucions hipotecàries. Això no obstant, segurament manca més participació política o, fins i tot, la creació d'un partit que, centrat en les necessitats del col·lectiu, ofereixi models de gestió alternatius per a tota la societat. I, finalment, des d'un punt de vista de suport familiar, les persones d'edat avançada també juguen un paper fonamental. Tant és així que moltes dones han pogut compatibilitzar el treball remunerat amb les tasques familiars, gràcies al suport desinteressat i permanent dels padrins, ja siguin els seus pares o els pares de les parelles. Basta observar les entrades i les sortides a les escoles per veure que un percentatge molt destacat d'alumnes no són acompanyats pels pares sinó pels padrins i que són aquests, així mateix, els que els recullen per donar-los dinar i, fins i tot, en cas de jornades llargues, els responsables d'acompanyar-los a les activitats extraescolars, cada cop més freqüents. Val a dir que, a més, s'aprecia un canvi molt significatiu des d'un punt de vista sociològic: són molts els padrins que es fan càrrec dels néts que gairebé no desenvoluparen aquesta tasca amb els fills propis. Aquesta és la mostra més palesa de la superació de l'anterior distribució dels rols de gènere. Els membres de més edat de la nostra societat han passat d'un model de discriminació funcional sexual difós pel sistema educatiu reglat i per la mateixa societat a un model democràtic, en què el gènere no condiciona les funcions. En el model predemocràtic, totalment androcèntric, es reservava a l'home la funció, gairebé exclusiva, de proveir els recursos econòmics per garantir les necessitats bàsiques de la família, mentre que a la dona se li assignaven totes les funcions lligades a la llar i a la cura dels infants. Fins i tot, en casos en què la dona treballava fora de casa se li exigia que treballés també a llar. Encara hi ha moltes dones que recorden com, d'acord amb l'educació rebuda, esperaven els marits amb les sabatilles devora la butaca i el plat calent a taula.

En la fase democràtica, a banda d'avenços en la llibertat política, s'ha progressat extraordinàriament en la igualtat entre gèneres, tot i que és cert que encara queda molt a fer, i només esmentaré els casos de violència de gènere, les desigualtats salarials entre sexes o la subrepresentació de les dones en càrrecs representatius i directius, com alguns dels camps en què encara queda molt camí per recórrer. I, quant al col·lectiu que ens concerneix, aquest canvi és més que palès. D'una banda, els homes del col·lectiu s'han integrat en bona mesura en tasques de guarda i cura dels infants i, de l'altra, podem dir que les persones de la tercera edat com a receptores d'atencions per part de la família extensa han experimentat un canvi de paper contrari i s'han transformat en provisoros de serveis als descendents de primer i segon grau.

En molts casos, cal lligar el paper assistencial familiar dels ascendents a les oportunitats d'inserció laboral dels dos membres de moltes parelles actuals, d'alliberar-los de les tasques d'atenció als infants durant la jornada laboral. Però, a més, l'actual crisi financera i econòmica que s'inicià el 2007 als Estats Units ha fet que sobre la població envellida hagin

recaigut noves i inesperades responsabilitats: el suport econòmic directe dels fills i les seves parelles que s'han quedat sense feina i, en molts casos, servir d'únic suport en els casos del retorn a les llars familiars dels membres de la família extensa que, com que ho han pogut fer front als compromisos hipotecaris subscrits, han perdut la casa. I no és aquest l'únic impacte que la crisi ha causat en el col·lectiu de més edat de la societat. Intentar valorar aquests impactes i esbrinar-ne l'abast és l'objectiu d'aquest article.

2. La crisi econòmica actual: causes i conseqüències

No em puc estar d'apuntar quatre idees importants sobre la crisi econòmica actual. Aquesta crisi, inicialment financera, fou causada per un enfocament econòmic neoliberal en què es posava l'èmfasi en l'endeutament dels particulars com a mecanisme de creixement econòmic. Això fou així durant una sèrie d'anys que portaren alguns economistes de prestigi a predir la desaparició dels cicles econòmics i, conseqüentment, la desaparició dels fenòmens de crisi i en què els polítics destacaven el miracle espanyol, amb unes taxes de creixement que com mai en tota la història s'havien registrat. Aquesta fase que, en l'època de més paroxisme, s'estengué des dels darrers anys del segle XX fins a l'esclat de la crisi creditícia i immobiliària de 2007, suposà una època d'enriquiment fàcil, d'especulació financera i, en el cas de l'Estat espanyol, també immobiliària i de despeses esperpèntiques i injustificables de moltes administracions públiques i una època de malbaratament de recursos públics, de construcció d'infraestructures i equipaments que no es poden mantenir i, fins i tot, una època d'enriquiments espuris que fan que molts polítics i gestors que tenien responsabilitats durant aquest període hagin ingressat o ingressin a curt termini a la presó. Els doblers no només fluïen amb facilitat, sinó que els bancs intentaren, per tots els mitjans, col·locar nous productes financers per ampliar les oportunitats de negoci i obtenir nous fons per continuar el flux especulatiu, alguns tan coneguts com les anomenades preferents, que foren ofertes en molts casos com una inversió segura, d'elevada rendibilitat i fàcil recuperació dels fons invertits malgrat que, evidentment, no ho eren. Però de sobte, la bombolla financera i immobiliària esclatà: entitats financeres i especulatives entraren en fallida i es produí una caiguda en cadena. S'aturà el crèdit, els productes (béns industrials, béns de consum o de serveis de tots tipus) deixaren de consumir-se; els béns immobiliaris, que semblava que mai deixarien de revaloritzar-se, de cop es quedaren sense demanda, la qual cosa produí el col·lapse de bona part d'aquest sector i del sector bancari, que havia propiciat, en bona mesura, aquest creixement tan artificial. Immediatament s'incrementà l'atur i, en deixar de circular els doblers, foren moltes les empreses lligades a la construcció (cimenteres, venda de productes de construcció, fusteries, lampisteries, electricistes...) que no només no reberen comandes, sinó que no cobraren el que els devien. Moltes tancaren per manca de liquiditat. L'atur general es disparà. El consum s'alentí i, en alguns casos, gairebé es col·lapsà. La por, el pitjor enemic del consum, s'apoderà de la població general i això contribuí a augmentar la crisi. Els neoliberals actuaren responsabilitzant la població

del que havia passat, fins i tot, de totes aquelles persones que no havien participat en cap activitat especulativa ni havien adquirit cap crèdit. La recepta fou clara: l'ajut al sector financer que, certament, havia estat responsable en bona mesura de la situació, i l'assoliment públic de bona part del deute, que suposà una retallada immediata de prestacions públiques, malgrat els intents estadístics per afirmar el contrari; la reducció de les plantilles reals de treballadors públics, mitjançant l'acomiadament de part de la plantilla (de vegades amb criteris no gaire transparents) o bé mitjançant l'increment de les jornades laborals, la no-contractació de substituïts per baixes de curta durada o, fins i tot, trasllats de personal; la reducció salarial directa dels treballadors públics, a banda de la retenció d'una paga extraordinària (que caldrà veure si és il·legal) i la congelació durant tots els anys de la crisi de les seves nòmines; la retallada de les pensions i, sobretot, un increment no lligat amb l'IPC; les polítiques anomenades de flexibilització laboral, que faciliten els acomiadaments, les externalitzacions a altres empreses i, finalment, la precarització de les relacions laborals, amb salaris més baixos i jornades, a vegades, més llargues; la dràstica caiguda de la inversió pública, que no només es materialitza en la manca de grans projectes d'inversió, sinó també en la manca de manteniment habitual de determinats serveis públics (neteja pública, asfaltatge i neteja de les voreres de les carreteres); increment de la pressió fiscal directa i indirecta (impost sobre les rendes, pujades de l'IVA, pujades dels impostos especials...) i, no ho hem d'oblidar, una ràpida modificació de la Constitució, un text que, per altres causes, sembla del tot punt immutable... Com destaquen els especialistes d'Hisenda, els serveis públics són sostinguts, en bona mesura, per les classes mitjanes, que han vist com els recau el pes de la crisi i a canvi reben uns serveis cada cop més reduïts.

Alguns han explicat la crisi per la liberalització i desregularització del sector financer, que, d'una banda, va alimentar la cobdícia i la inacció dels ens reguladors i, de l'altra, la convivència amb determinats sectors polítics. Altres apunten l'interès dels mercats d'obtenir noves fonts de beneficis, la qual cosa determinà que s'invertís en el sector immobiliari de manera agressiva i intensiva. També en un mateix sentit es trobaven les especulacions sobre les matèries primeres o els aliments i, fins i tot, els desitjos de controlar el sector de les pensions o la salut, com succeeix a l'Estat espanyol. Sigui com sigui, alguns autors van més enllà en la recerca de l'explicació. Agustí Colom, de la Universitat de Barcelona, presenta la hipòtesi que cal cercar la base inicial de la crisi financera en la desigualtat. Aquesta desigualtat s'explicaria per les polítiques neoliberals desfiscalitzadores aplicades des dels anys vuitanta, que han beneficiat les classes més riques en detriment de les més humils. I, per tal de compensar la demanda, s'atorgà al crèdit la funció estabilitzadora de l'economia. Aquest enfocament és contrari a la visió keynesiana que pretén estabilitzar l'economia a partir de la funció redistributiva de la renda mitjançant les actuacions del sector públic. En el model neoliberal desigualtat i endeutament i financiarització anirien alhora i es retroalimentarien. I el caràcter inestable del sistema financer explica la crisi. La solució requeriria, d'acord amb aquest autor, reduir l'endeutament i, per aconseguir-ho, s'han de reduir les desigualtats.

Es tracta d'una solució que no s'està aplicant, atès que en una situació d'increment molt significatiu de la desigualtat l'aposta és novament recórrer al crèdit concedit per entitats financeres i una política de minva del poder adquisitiu mitjà, per mitjà de la política de moderacions salarials, els canvis en els càlculs de les pensions i la retallada evident de les ajudes públiques, i l'enduriment per accedir-hi. I això, malgrat els anuncis preelectorals de canvis en la política fiscal, no tan socials i justs com s'anuncien, que pretenen incrementar la renda disponible de les famílies i estimular el consum i l'economia en general (o almenys ho afirmen). Però, aquesta política tan tímida es llança després d'haver-se incrementat la desigualtat, que un gran sector de la població hagi vist reduïdes fortament les rendes i que alguns dels col·lectius tinguin dificultats a mitjà i llarg termini per inserir-se en el mercat del treball. Aquesta situació és especialment dramàtica per aquelles persones amb un nivell de formació molt baix i edat avançada, que no poden competir en un mercat saturat d'oferta laboral amb més formació i en plenitud física.

Faltàriem a la veritat si no diguéssim que, tímidament, al llarg dels darrers mesos s'estan detectant alguns indicadors macroeconòmics positius: petits descensos de la xifra d'aturats (en part pel retorn d'immigrants als seus països i l'emigració de ciutadans espanyols), increment de les cotitzacions de la Seguretat Social, percepcions positives en alguns sectors empresarials i en una part de la societat (en part condicionades pels mitjans de comunicació socials) i, pel que fa a les Illes, unes xifres rècord de turistes amb un cert increment de la despesa. I, a banda d'això, la constatació que m'han transmès alguns gabinets fiscals de la situació de les empreses per a les quals treballen, que, d'uns quants mesos ençà, obtenen uns resultats lleugerament positius després de molts d'anys de crisi profunda.

Amb tot i això, no em puc estar d'oferir-vos algunes dades que inviten a una profunda reflexió i no conviden a un optimisme desmesurat:

La xifra d'aturats de l'Estat espanyol s'apropa, d'acord amb les darreres dades trimestrals de l'EPA (Enquesta de població activa) publicades per l'Institut Nacional d'Estadística als 6.000.000 milions d'aturats o, dit d'una altra manera, una de cada quatre persones que es troba en edat de treballar i vol treballar no troba ocupació. Lluny queden les taxes de mitjan 2007, anteriors a la crisi, en què l'atur no superava el 9%, en què gairebé tothom que volia fer feina en trobava i la rotació dels contractes era molt ràpida. A les Illes Balears la xifra d'aturats en el primer trimestre de 2014 superava les 150.000 persones.

El percentatge d'aturats de llarga durada és elevadíssim. D'acord amb les dades de l'EPA del primer trimestre de 2014, més del 40% dels aturats de l'Estat i prop del 26% dels aturats residents a les Illes Balears fa més de dos anys que estan en aquesta situació. Si també comptem les persones que es troben en aquesta situació des de fa més d'un any, els percentatges pujarien fins al 61% pel que fa a tot l'Estat i fins al 41% a les Illes Balears.

Taula 1 | *Evolució de l'EPA i taxes principals. Estat espanyol. 2001-2014*

Trimestre	Actius	Ocupats	Aturats	Taxa d'activitat (%)	Taxa d'atur (%)
1T 2014	22.883,90	16.950,60	5.933,30	59,46	25,93
4T 2013	23.070,90	17.135,20	5.935,60	59,86	25,73
3T 2013	23.173,40	17.230,00	5.943,40	60,04	25,65
2T 2013	23.207,90	17.160,60	6.047,30	60	26,06
1T 2013	23.308,40	17.030,20	6.278,20	60,18	26,94
4T 2012	23.360,40	17.339,40	6.021,00	60,23	25,77
3T 2012	23.491,90	17.667,70	5.824,20	60,55	24,79
2T 2012	23.489,50	17.758,50	5.731,00	60,5	24,4
1T 2012	23.433,00	17.765,10	5.667,90	60,31	24,19
4T 2011	23.440,30	18.153,00	5.287,30	60,29	22,56
3T 2011	23.482,50	18.484,50	4.998,00	60,44	21,28
2T 2011	23.466,20	18.622,00	4.844,20	60,44	20,64
1T 2011	23.347,30	18.426,20	4.921,20	60,16	21,08
4T 2010	23.377,10	18.674,90	4.702,20	60,25	20,11
3T 2010	23.404,40	18.819,00	4.585,40	60,37	19,59
2T 2010	23.406,40	18.751,10	4.655,30	60,41	19,89
1T 2010	23.270,50	18.652,90	4.617,70	60,09	19,84
4T 2009	23.225,40	18.890,40	4.335,00	59,99	18,66
3T 2009	23.219,80	19.098,40	4.121,40	60,05	17,75
2T 2009	23.293,40	19.154,20	4.139,60	60,3	17,77
1T 2009	23.302,60	19.284,40	4.018,20	60,39	17,24
4T 2008	23.262,10	19.055,30	3.206,80	60,35	13,79
3T 2008	23.157,10	20.556,40	2.600,70	60,23	11,23
2T 2008	23.032,60	20.646,90	2.385,70	60,07	10,36
1T 2008	22.810,40	20.620,00	2.190,50	59,67	9,6
4T 2007	22.659,90	20.717,90	1.942,00	59,47	8,57
3T 2007	22.559,60	20.753,40	1.806,20	59,5	8,01
2T 2007	22.354,10	20.580,90	1.773,20	59,23	7,93
1T 2007	22.130,80	20.267,50	1.863,20	58,9	8,42
4T 2006	22.014,80	20.195,40	1.819,40	58,88	8,26
3T 2006	21.857,80	20.091,00	1.766,90	58,74	8,08
2T 2006	21.726,00	19.891,60	1.834,40	58,63	8,44
1T 2006	21.521,30	19.578,40	1.942,80	58,3	9,03
4T 2005	21.369,50	19.509,20	1.860,30	58,08	8,71
3T 2005	21.205,60	19.422,10	1.783,50	57,86	8,41
2T 2005	21.129,70	19.160,60	1.969,10	57,86	9,32
1T 2005	20.857,40	18.736,10	2.121,30	57,38	10,17
4T 2004	20.667,70	18.490,80	2.176,90	57,12	10,53
3T 2004	20.488,90	18.289,10	2.199,80	56,93	10,74
2T 2004	20.266,50	18.018,90	2.247,60	56,55	11,09

continua

Trimestre	Actius	Ocupats	Aturats	Taxa d'activitat (%)	Taxa d'atur (%)
1T 2004	20.080,00	17.770,20	2.309,80	56,24	11,5
4T 2003	20.017,10	17.740,50	2.276,70	56,25	11,37
3T 2003	19.893,50	17.646,00	2.247,50	56,15	11,3
2T 2003	19.639,20	17.423,20	2.216,00	55,65	11,28
1T 2003	19.421,20	17.092,70	2.328,50	55,28	11,99
4T 2002	19.224,30	16.991,90	2.232,40	54,95	11,61
3T 2002	19.115,30	16.919,30	2.196,00	54,92	11,49
2T 2002	18.870,20	16.766,90	2.103,30	54,48	11,15
1T 2002	18.635,10	16.482,30	2.152,80	54,06	11,55
4T 2001	18.292,00	16.348,20	1.943,80	53,41	10,63
3T 2001	18.164,00	16.294,30	1.869,70	53,22	10,29
2T 2001	17.932,10	16.076,30	1.855,80	52,73	10,35
1T 2001	17.814,70	15.866,30	1.948,30	52,57	10,94

Nota: Xifres actius, ocupats i aturats en milers.

Font. INE. Dades de l'EPA

Un altre aspecte extremadament negatiu és l'atur juvenil. En el primer trimestre de 2014 aquesta taxa ha superat la de l'Estat espanyol el 55% i això significa que més d'un de cada dos joves que volen fer feina i en cerquen no en troben. I encara és més dramàtica la taxa del grup més jove, d'entre 16 i 19 anys, en què les taxes d'atur superarien el 70%! Aquesta situació explica que siguin tan freqüents les notícies en els mitjans de comunicació socials sobre la situació d'aquest col·lectiu. Desenes de milers de joves emigren anualment a la recerca d'ocupació davant la manca de perspectives d'ocupació o davant la perspectiva de trobar només tasques per davall de la seva qualificació o mal retribuïdes i sense opció de promoció futura.

Taula 2 | *Percentatge d'aturats per temps de recerca d'ocupació.
EPA. 1r trimestre de 2014. Estat espanyol i Illes Balears*

	Estat espanyol	Illes Balears
Total	100,0	100,0
Ja han trobat ocupació	4,0	15,6
Menys d'1 mes	3,3	3,7
Més d'1 mes i menys de 3 mesos	8,8	13,6
De 3 mesos a menys de 6 mesos	9,8	14,9
De 6 mesos a menys d'1 any	12,6	11,0
Entre 1 any i menys de 2 anys	20,9	14,9
2 o més anys	40,8	26,3

Font: INE: EPA

La situació d'atur esdevé especialment problemàtica en els casos en què tots els membres de la unitat familiar es troben en aquesta situació i assoleix la categoria de drama quan no es percep cap tipus de prestació pública. Aquesta situació fa que les condicions de la infància a l'Estat espanyol hagin patit un retrocés molt important. UNICEF Espanya acaba de presentar l'informe (vegeu informe UNICEF Espanya a la bibliografia) en què, a partir de dades de l'INE, indica que més d'una quarta part dels infants de l'Estat espanyol (2,3 milions d'infants, el 27,5% del total) viuen en risc de pobresa (llars amb la mitjana d'ingressos per davall del 60%). El 2013 aquesta situació es produïa en una llar amb dos adults i dos infants amb menys de 17.040 euros anuals. Segons l'informe, aquesta situació té una de les causes principals en les llars en què tots els adults són aturats, circumstància que s'ha triplicat des de 2007 i que afecta a prop d'un milió de llars. Més del 8% dels infants espanyols en trobarien en situacions de privacions severes, mentre que les ajudes públiques baixen. En aquesta mateixa línia, molts centres escolars han detectat privacions severes en l'alimentació diària i moltes veus alerten que el tancament dels menjadors escolars durant l'estiu pot portar una part de la població a greus situacions de desnutrició, atès que hi ha famílies que no poden ni tan sols proveir una alimentació mínima diària de qualitat.

Taula 3 | *Evolució de la xifra d'aturats (en milers de persones). EPA. Illes Balears. 2002-2014*

	Total	De 16 a 24 anys	De 25 a 34 anys	De 35 a 44 anys	De 45 a 54 anys	55 anys i més
Ambdós sexes						
2002T1	37,1	7,9	12,8	10,1	4,6	1,7
2002T2	29,5	8,4	9,9	5,3	3,5	2,4
2002T3	28	8,2	10,3	5,6	1,2	2,6
2002T4	38,4	10,7	11,8	8,4	4,5	3
2002 Mitjana anual	33,2	8,8	11,2	7,3	3,5	2,4
2003T1	56,4	16,8	16,3	11,3	9,5	2,4
2003T2	44,5	15,9	9,7	10,9	4,8	3,1
2003T3	34,1	12,1	9,3	7,2	3	2,5
2003T4	46,7	12,7	13,8	11,4	6,7	2,1
2003 Mitjana anual	45,4	14,4	12,3	10,2	6	2,6
2004T1	59,2	15,5	17,4	13,5	9,2	3,6
2004T2	44,5	11,2	12,5	10,8	7	3
2004T3	34,1	10,1	9,7	6,9	4,9	2,4
2004T4	38,9	9,2	12	10,8	4,7	2,3
2004 Mitjana anual	44,2	11,5	12,9	10,5	6,5	2,8
2005T1	50,9	14,3	14,1	11,9	6,3	4,3
2005T2	31	11	10	4,3	3,6	2,1
2005T3	25,7	10,9	6,9	5	1,6	1,2

continua

	Total	De 16 a 24 anys	De 25 a 34 anys	De 35 a 44 anys	De 45 a 54 anys	55 anys i més
2005T4	36,8	9,8	11,1	8,1	5,8	2,1
2005 Mitjana anual	36,1	11,5	10,5	7,3	4,3	2,4
2006T1	41,6	9,1	12,7	10,6	5,7	3,5
2006T2	35,3	8,7	11,7	8	3,9	2,9
2006T3	26,2	6,5	9	6,3	3,2	1,2
2006T4	33,3	9,3	10,3	8,5	3,6	1,6
2006 Mitjana anual	34,1	8,4	10,9	8,4	4,1	2,3
2007T1	48,7	11,8	11,1	15,8	5,9	4
2007T2	30,9	9,6	7	8,4	4,9	0,9
2007T3	26,4	4,9	9	7,8	3,4	1,3
2007T4	51,4	10,8	19,1	12,1	6,7	2,7
2007 Mitjana anual	39,3	9,3	11,6	11	5,2	2,2
2008T1	60	11,6	18,3	17,1	9,4	3,7
2008T2	48,5	16	11,1	11,6	6,9	2,9
2008T3	55,3	18	18,9	10	6,4	1,9
2008T4	68,6	12,9	27,8	15,9	9,4	2,6
2008 Mitjana anual	58,1	14,6	19	13,6	8	2,8
2009T1	110,8	17,7	37,2	29,7	18,5	7,7
2009T2	108,1	20,2	34,5	26,9	20,4	6,1
2009T3	90,6	18,6	29,1	21,9	14,9	6,1
2009T4	113,4	21,2	33	32,3	21,5	5,4
2009 Mitjana anual	105,7	19,4	33,5	27,7	18,8	6,3
2010T1	128	25	38,2	34,2	22,4	8,2
2010T2	121,7	27,3	33,9	32,4	20,5	7,6
2010T3	104,9	22	28,2	25,1	19,6	9,9
2010T4	127,4	22,8	41,9	29,4	21,8	11,5
2010 Mitjana anual	120,5	24,3	35,6	30,3	21,1	9,3
2011T1	143,4	20,9	50,6	34,4	26,7	10,8
2011T2	116,7	20,8	36,3	30,1	18,3	11,3
2011T3	110,5	20,2	34,1	24	22,2	10,1
2011T4	149,8	24,5	43,6	37,4	31	13,3
2011 Mitjana anual	130,1	21,6	41,2	31,5	24,5	11,4
2012T1	165,3	25,7	52,8	37,2	33	16,5
2012T2	132,5	25,1	38,1	28,9	27,7	12,8
2012T3	124,9	24,4	32,8	27,4	25,2	15,1
2012T4	146,5	26,3	43,3	34,8	28,7	13,4

continua

	Total	De 16 a 24 anys	De 25 a 34 anys	De 35 a 44 anys	De 45 a 54 anys	55 anys i més
2012 Mitjana anual	142,3	25,4	41,8	32,1	28,7	14,4
2013T1	171,6	27,5	51,4	42,4	34,4	15,9
2013T2	133,1	20,4	46,1	28,9	26	11,8
2013T3	106,4	17,4	33,4	25,1	20	10,6
2013T4	133,7	18,3	39,8	33,8	27,1	14,7
2013 Mitjana anual	136,2	20,9	42,7	32,6	26,9	13,2
2014T1	152,5	19,6	41,5	42,8	28,6	20

Font. IBESTAT

Els estudis d'associacions que treballen, de manera desinteressada i altruista ajudant el proïsme, com Càritas, reflecteixen una realitat oculta i ocultada de la nostra societat: que l'efecte de les crisis és devastador no només a curt termini, sinó que serà permanent per l'efecte del que s'anomena comportament contracíclic de la desigualtat de la renda. Aquest concepte implica que quan hi ha crisi s'incrementen les desigualtats, però que quan hi ha recuperació econòmica aquesta diferència no decreix. Tot seguit us presentem algunes de les constatacions que manifesta aquesta associació en el seu estudi sobre la crisi i desigualtat social (vegeu bibliografia):

- Hi ha un empobriment de la nostra societat reflectit en el descens de la renda mitjana. Aquest procés és especialment intens entre les persones més vulnerables (baixa intensitat laboral, immigrants extracomunitaris, llars monoparentals...).
- Uns 3.000.000 de persones a l'Estat espanyol es troben en situació de pobresa severa (amb menys de 307€ al mes).
- S'ha incrementat la cronicitat dels problemes socials per efecte de les situacions d'atur de llarga durada.
- La desigualtat d'Espanya és la més elevada d'Europa. L'Estat espanyol és on el percentatge dels més rics concentra una proporció més elevada de renda.
- La desigualtat té tendència a créixer per les causes següents: a) les taxes d'atur general i de llarga durada; b) la pèrdua de poder adquisitiu general de la població, i c) l'afebliment de les polítiques socials (sanitat, educació, prestacions socials...), que impliquen retallades en les prestacions i l'enduriment de les condicions per accedir-hi.
- Les necessitats bàsiques de molts membres de la societat no es troben cobertes (alimentació, despeses de l'habitatge, roba...).

- La pressió sobre la família i les entitats socials s'ha incrementat fins gairebé al punt del col·lapse.

Una de les conclusions a les quals arriba aquest estudi, amb què coincidesc plenament, és que la situació actual (atur de llarga durada, esgotament de les prestacions, situació límit del suport familiar, decrement de les ajudes públiques, increment de les despeses en sanitat...) fan que sigui previsible una segona onada, sigui quin sigui el termini, amb efectes encara més intensos.

El paper de les persones de la tercera edat durant la crisi ha estat fonamental, atès que, en bona mesura, ha servit de suport econòmic, emocional i assistencial no només a membres de la seva pròpia família en dificultats, sinó també a altres membres de la societat. Tot això, però, s'ha fet amb un cost i ha suposat un empitjorament de les condicions de vida dels membres d'aquest col·lectiu que han hagut de prestar aquesta assistència. De tot això, en parlarem al llarg d'aquest article.

3. Les taxes de risc de pobresa i exclusió social: tendències i problemes d'interpretació

Quant a la situació de la població de la tercera edat, si hom té en compte els indicadors de pobresa i exclusió social sense entendre'n el sentit i la metodologia de càlcul, pot arribar a determinades conclusions totalment errònies. De fet, la publicació en els mitjans de comunicació de les dades que afirmaven que els indicadors de pobresa de la població jubilada havien baixat durant la crisi féu pensar a més d'un que s'estaven manipulant les estadístiques i que tot això responia a una manipulació política i propagandística. Tot seguit, ho intentarem explicar.

Si en els darrers anys de la bonança econòmica 2004-2007 aquesta taxa per a les persones grans se situava prop del 31% a l'Estat espanyol, i era molt més alta que la que presentava el conjunt de la societat (23%) i podia interpretar-se com un indicador clar que la renda disponible de les persones grans era clarament inferior a la de la mitjana de la societat, cosa que podia incidir negativament en el confort i l'accés a determinats serveis i prestacions i conseqüentment en un nivell de vida presumiblement inferior, les dades a partir de l'inici de la crisi són de signe contrari. Les taxes de pobresa relativa de la població jubilada han baixat de manera prou considerable i s'han situat per davall no només de les mitjanes que presenta el conjunt de la societat sinó també pels diversos intervals en què l'Institut Nacional d'Estadística ofereix aquest indicador. Però, podem concloure que ha millorat el nivell de vida de la població de més edat de la nostra societat? Evidentment aquesta interpretació no només és errònia, sinó també esbiaixada. Les causes que expliquen aquest indicador no reflecteixen la millora de la

situació dels pensionistes, ans al contrari, són un reflex del deteriorament de les condicions econòmiques generals de la societat. Entendre-ho és relativament fàcil, atès que, d'una banda, les rendes dels membres de la tercera edat s'han mantingut globalment, tot i la congelació temporal i els increments per davall de l'IPC i, de l'altra, la renda mitjana disponible a partir de la qual s'estableix la pobresa econòmica ha baixat considerablement a causa del deteriorament de les rendes globals de la resta dels membres de la societat. Així, no es pot afirmar que hagin millorat les condicions econòmiques dels membres jubilats de la societat, sinó que aquest indicador reflecteix un empitjorament global que ha afectat la resta de grups, infants i població potencialment activa de la societat. I aquest empitjorament no només ha afectat un dels indicadors considerats, el de renda disponible, sinó també la resta d'indicadors que s'hi troben íntimament relacionats (el de potencial laboral i el de privacions materials severes).

Taula 4 | *Taxa de risc de pobresa i/o exclusió social (estratègia Europa 2020) per grups d'edat (%)*

	Dones			Homes		
	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Total	28,1	28,0	27,5	28,4	27,3	26,0
Menys de 16 anys	33,3	33,1	33,9	32,4	31,7	30,4
De 16 a 29 anys	34,1	32,8	30,1	34,9	29,7	27,0
De 30 a 44 anys	28,1	26,8	25,0	28,6	26,0	25,6
De 45 a 64 anys	29,1	27,8	27,5	29,2	28,6	26,5
De 65 anys i més	17,6	21,9	23,1	15,3	19,7	19,3

Nota: La població en risc de pobresa o exclusió social és aquella que es troba en alguna d'aquestes situacions:

- 1. Risc de pobresa (60% mitjana dels ingressos per unitat de consum).*
- 2. Mancances materials severes (4 conceptes d'una llista de 9).*
- 3. Llars sense treball o amb baixa intensitat d'ocupació (llars en què els membres en edat de treballar ho feren en menys del 20% del total del seu potencial de treball durant l'any de referència).*

Font. Enquesta de Condicions de Vida. INE

Podem concloure que el descens dels indicadors de pobresa que presenta la tercera edat no significa cap tipus de millora real. Contràriament, en els apartats posteriors explicarem alguns dels impactes que la crisi ha causat en aquest col·lectiu i el deteriorament que ha patit, fins i tot, des del punt de vista de renda disponible i capacitat real d'adquisició de béns, serveis i equipaments. I, malgrat això, la població gran de la nostra societat ha estat capaç de servir no només de suport social al seu entorn familiar més proper, sinó també, de manera més extensa, a altres cercles d'amistat o al conjunt de la societat.

4. El paper fonamental dels pensionistes en aquesta crisi: el suport econòmic directe i altres prestacions

Una de les fonts que hem trobat per documentar-nos sobre aquesta situació és l'informe de la Creu Roja sobre la tercera edat, que hem inclòs a la bibliografia. Aquestes dades, obtingudes a partir d'una enquesta feta a més de 1.100 persones grans, ens ofereix unes dades prou significatives. D'una banda, ja és prou sorprenent que gairebé una tercera part de les persones enquestades reconeixin que, per primera vegada en la seva vida, han hagut d'ajudar una altra persona per motius econòmics.

Els tipus d'ajudes prestades es recullen a la taula següent:

Taula 5 | *Ajudes prestades per membres de la tercera edat a altres persones per motius econòmics*

Ajuda econòmica directa	61,3
Acollir-los a casa	4,7
Ajudar-los a pagar la hipoteca o el lloguer	4,9
Ajudar-los a pagar altres serveis bàsics (llum, aigua...)	3,3
Encarregar-se dels nèts	4
Donar-los menjar i altres productes necessaris	18,7
Acompanyar-los i ajudar-los en cas de malaltia	2,2
Altres	0,9

Nota: No representa una distribució percentual de casos. Els enquestats poden haver respost afirmativament a més d'una pregunta.

Podem veure que les ajudes econòmiques directes destaquen de manera molt significativa i que arriben a superar el 60%. Tot seguit, apareixen les ajudes en forma de menjar i altres productes necessaris i, amb menys freqüència, les ajudes per fer front a les despeses de l'habitatge, ja sigui per pagar el lloguer o la hipoteca, ja sigui per pagar els subministraments bàsics de la llar (llum, aigua...).

Pel que fa als beneficiaris d'aquestes ajudes econòmiques, destaquen les ajudes subministrades als fills, sobretot els mascles, amb 10 punts per sobre de les filles; les directament adreçades als nèts (tot i que les ajudes als fills ja impliquen ajudes als nèts en la major part dels casos), i a altres familiars. Però, de tota manera, la solidaritat dels membres de la tercera edat no s'atura aquí, ja que han contribuït econòmicament a ajudar altres persones (amics o veïns, persones externes...).

Les xifres d'atur són devastadores i expliquen la necessitat d'aquest suport familiar.

A les Illes Balears l'anàlisi de la situació de les llars en què tots els membres actius es troben en situació d'atur reflecteix la cruesa de la situació: 104.200 persones, un 9,41% de les 1.107.100 persones residents a les Illes segons l'EPA, viuen en aquesta situació, mentre que en el moment àlgid del boom econòmic això succeïa en menys del 2% dels casos. I, a més, aquesta situació s'agreuja per l'increment de les situacions d'atur de llarga durada.

Taula 6 | *Beneficiaris de les ajudes econòmiques prestades per les persones de la tercera edat*

Filla	25,3
Fill	34,5
Nora	1,6
Néts	12,8
Cònjuge/parella	0,7
Gendre	0,9
Amic/veí	8,9
Altres familiars	9,8
Altres	5,6

Nota: No representa una distribució percentual de casos. Els enquestats poden haver respost afirmativament a més d'una pregunta.

Taula 7 | *Població resident en llars en què hi ha població activa i en què tots es troben en situació d'atur. Illes Balears. 2002-2013*

	Població total (milers de persones)	Població llars sense ocupats (milers de persones) (1)	Proporció (%)
2002	860,9	16,3	1,9
2003	893,5	23,2	2,6
2004	919,4	28,3	3,08
2005	949,1	17,5	1,85
2006	981,2	17,9	1,83
2007	1.018,60	19,2	1,89
2008	1.050,70	31,7	3,01
2009	1.071,10	68,4	6,39
2010	1.080,80	86,6	8,01
2011	1.088,70	94,1	8,64
2012	1.097,90	98	8,93
2013	1.107,10	104,2	9,41

(1) Persones que resideixen en llars en què algun membre és econòmicament actiu i tots els membres actius es troben en situació d'atur

Font. IBESTAT

Taula 8 | *Percentatge de la taxa d'atur de llarga durada. Mitjanes anuals per sexe. Illes Balears. EPA. Mitjanes anuals. 2002-2013*

	Total	Homes	Dones
2002	1,34	0,95	1,89
2003	1,92	1,44	2,57
2004	1,58	1,42	1,79
2005	1,29	0,78	1,98
2006	1,07	0,96	1,21
2007	0,98	0,86	1,15
2008	1,23	1,02	1,5
2009	3,7	4,08	3,22
2010	6,77	7,19	6,26
2011	7,95	8,49	7,3
2012	10,5	10,97	9,94
2013	10,9	11,21	10,53

Font. IBESTAT

Valorar la població que únicament i exclusivament viu de les pensions de jubilació dels seus familiars és molt complex, atesa la manca d'informació directa en aquest sentit. El Consell Econòmic i Social calculava que unes 420.000 famílies a l'Estat espanyol subsistien gràcies a les pensions de la gent gran. La Fundació la Caixa, en un estudi publicat el 2012 arribava a la conclusió que hi havia unes 300.000 llars en què tots els membres es trobaven en atur i vivien gràcies a la pensió d'un jubilat. Si situem, aproximadament, la xifra de llars en què tots els membres es trobaven en atur el 2012 en 1.800.000 i calculem quin és el percentatge de llars en què la pensió d'un jubilat s'ha convertit en l'única font d'ingrés, arribaríem a la conclusió que això succeeix, si fa no fa, en un 17% d'aquests tipus de llars.

Si apliquem aquest percentatge a les dades de l'EPA per a les Illes Balears, que en el primer trimestre de 2014 situaren en 51.000 les llars en què tots els membres es trobaven en atur, arribaríem a la conclusió que prop de 8.700 llars són sostingudes amb la prestació econòmica que rep un membre de la tercera edat jubilat.

Sigui com sigui, no és tan important saber la xifra exacta de persones que es troben en la situació en què la pensió de persones jubilades s'ha convertit en l'únic ingrés que permet subsistir famílies extenses compostes pel mateix pensionista i també pel cònjuge, fills, néts i, en alguns casos besnéts i altres familiars, com adonar-se de la importància qualitativa de la situació que afecta de manera significativa. En qualsevol cas, és una situació quantitativament important i també qualitativament, atès que afecta de manera important la qualitat de vida i, fins i tot, la salut del col·lectiu analitzat.

5. Algunes dades de l'EPA: llars amb població aturada i anàlisi específica de les llars amb pensionistes

Les dades de l'Enquesta de població activa ofereixen valuoses informacions per saber la situació laboral dels membres de les famílies. D'acord amb les dades del darrer trimestre de 2013, les llars en què tots els membres de la unitat familiar es trobaven en situació d'atur a les Illes arribaren a les 41.900, un 4,7% més que l'any anterior. Les dades estatals són aclaparadores i aquesta situació afectaria 1.832.300 persones. Així mateix, a les Illes trobaríem 99.900 llars en què no hi ha cap actiu, 336.900 en què hi ha almenys un actiu i 226.400 en què tots els integrants tenen ocupació.

Aquestes xifres, sobretot les que ens parlen de llars senceres en què tots els membres es troben en situació d'atur, ens informa clarament de la cruesa de la situació social en què vivim i que ha fet que els membres pensionistes de la tercera edat hagin hagut d'assumir en molts casos un paper determinant de suport econòmic familiar.

Hem d'agrair la col·laboració de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears que ens ha fet una explotació específica per intentar esbrinar amb més detall en quines llars es produeix la convivència de pensionistes amb població activa aturada i amb població activa aturada que no rep cap prestació o subsidi. La font utilitzada en aquest cas és l'Enquesta de població activa.

Val a dir que l'EPA ens dona informació sobre les llars, però no sobre la relació dels membres que hi conviuen. Tot i això, cal pressuposar que en un bon nombre de casos es tracta de membres amb lligams familiars, tot i que seria possible la cohabitació d'altres tipus de persones amb què existissin altres tipus de relacions (com ara amics o coneguts, llogaters...).

Taula 9 | *Nombre i proporció de llars en relació amb la situació econòmica dels seus membres. Anàlisi de la població pensionista*

	Total de llars		Llars on hi ha almenys un pensionista i on tots els actius són aturats	Llars on hi ha almenys un pensionista i on tots els actius són aturats que no reben cap tipus de prestació o subsidi
	Nombre de llars	Proporció	Proporció	Proporció
2013_mitjana anual	431	100	7,84	1,72
2013T4	436,8	100	8,63	...
2013T3	430,5	100	7,29	...
2013T2	430,6	100	7,22	...
2013T1	426,1	100	8,19	...

continua

	Nombre de llars	Proporció	Proporció	Proporció
2012_mitjana anual	423,9	100	6,7	1,27
2012T4	427,1	100	6,72	...
2012T3	424,3	100	6,06	...
2012T2	422,7	100	6,27	...
2012T1	421,3	100	7,74	...
2011_mitjana anual	425,6	100	6,98	1,2
2011T4	425,4	100	7,76	...
2011T3	425,1	100	6,47	...
2011T2	426,7	100	6,61	...
2011T1	425,2	100	7,1	...
2010_mitjana anual	417	100	6,62	0,82
2010T4	421,3	100	6,84	...
2010T3	416,5	100	5,93	...
2010T2	414,7	100	6,85	...
2010T1	415,4	100	6,86	...
2009_mitjana anual	414,4	100	6,64	0,7
2009T4	414,3	100	6,88	...
2009T3	414,8	100	6,82	...
2009T2	416,1	100	5,84	...
2009T1	412,4	100	7,01	...
2008_mitjana anual	402,1	100	6,54	0,37
2008T4	409,8	100	6,25	...
2008T3	401,8	100	7,04	...
2008T2	401	100	5,84	...
2008T1	395,9	100	7,02	...
2007_mitjana anual	386,6	100	6,31	0,36
2007T4	388,5	100	6,64	...
2007T3	388,4	100	5,59	...
2007T2	385,3	100	6,07	...
2007T1	384,1	100	6,93	...

Notes:

Canvi metodològic el 2005

(...) dada oculta per imprecisió o baixa qualitat.

No es té en compte si hi ha relació de parentiu entre els membres de la llar.

Unitat de mesura (nombre de llars): milers de llars.

Unitat de mesura (proporció): proporció de llars.

Font. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a partir de dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE).
Espanya (CC BY 3.0)

Segui com sigui, l'anàlisi de les dades ens permet establir les conclusions següents:

1. Si comparem les dades mitjanes de 2013 amb les de 2007, hi ha un petit increment proporcional en la xifra de llars en què hi ha un pensionista i en què tots els membres poten-

cialment actius es troben en atur. Aquest increment, molt feble percentualment, significa que hi ha unes 9.000 llars més en què hi ha algun actiu en atur que viu amb pensionistes.

2. Les taxes de llars en què viu algun pensionista i en què totes les persones potencialment actives es troben en situació d'atur presenten un fort increment. Així, mentre que el 2007 només el 0,36% de les llars de les Illes Balears presentava aquesta estructura, la proporció ha pujat fins a l'1,72%. Si ho traduïm en valors absoluts, voldria que dir que aproximadament en 7.400 llars de les Illes hi ha una persona pensionista que conviu amb població activa aturada sense prestació.

3. Podem especular sobre la possibilitat que, com a conseqüència de la crisi, part de la família extensa o altres persones amb lligams amb membres de la tercera edat hagin passat a viure-hi per no poder fer front al lloguer o les hipoteques. Aquesta especulació és plausible atesa la realitat social de l'entorn. Però la veritat és que tampoc no sabem si aquesta convivència era preexistent i si s'ha modificat la relació amb la feina de la població activa arran de la crisi. El que sí que podem afirmar, sense entrar en un debat estèril i difícil de resoldre, és que hi ha un fort corrent laboral en l'economia submergida que pot fer que hi hagi individus que estadísticament apareguin com a no perceptors de prestacions socials i sense feina i que disposin d'ingressos reals. És que cal pensar que, com a mínim, en una part important de les llars de les Illes, poc importa si són 7.400 exactament, els pensionistes són els pals de pallar econòmics de moltes llars i de tots els seus membres, en una situació que hauria resultat inversemblant i imprevisible fa només uns anys.

A banda d'això, ja hem vist les dades globals de suport econòmic que ens ha ofert l'estudi de la Creu Roja i que hem comentat en l'apartat anterior.

6. Els impactes de la crisi sobre la població pensionista

És evident que els efectes de la crisi, a banda d'incidir en la població general, també han incidit de manera destacable i específica en la població de més edat de la nostra societat. Vegem tot seguit alguns dels aspectes en què la crisi ha incidit de manera més intensa i directa.

a. Pèrdua de poder adquisitiu per la política de pensions

Un primer aspecte que hem de tenir en compte és que la crisi ha fet que en els darrers anys les classes passives hagin perdut poder adquisitiu. Així convé recordar que el 2011 les pensions foren congelades i, posteriorment, s'actualitzaren sense tenir en compte la inflació. Tot això plegat fa que s'hagi produït un deteriorament real en les rendes disponibles i el poder adquisitiu real d'aquest col·lectiu tan important.

Però la pèrdua de poder adquisitiu no és solament conseqüència de la política aplicada a les pensions, sinó que també deriva de l'impacte de la pujada d'imposts al consum, el famós IVA. Es tracta d'un impost que ha pujat en distinta mesura segons els tipus de béns, serveis o productes (en alguns casos la pujada ha estat del 18 al 21%; en altres, del 4 o del 8 al 10% i, fins i tot, del 4 al 21%) però que, en qualsevol cas, ha fet que el poder de compra sigui més baix, ja que l'Administració pública en reclama una part més gran en forma d'impost. El mateix podríem dir de determinades taxes cobrades per altres administracions (impost de béns immobles, taxes de fums...) i d'altres pujades experimentades per serveis bàsics com l'electricitat o el gas.

b. Suport econòmic als familiars en atur

Amb aquest concepte volem explicar que l'economia dels pensionistes, malgrat una aparent estabilitat en les percepcions, ha experimentat un decreixement sobtat i important. D'una banda, alguns pensionistes rebien l'ajuda de la família extensa per complementar les minses pensions i, atesa la situació de crisi, han deixat de percebre l'ajuda que els permetia arribar amb certa comoditat al final de mes. De l'altra, com hem vist, molts pensionistes han hagut d'utilitzar la seva pensió per mantenir les famílies dels seus descendents, en una situació històricament inaudita i, per tant, amb un decrement molt important de la renda personal disponible, que els ha fet renunciar a qualsevol tipus de luxe i a viure en una situació, en molts casos, de subsistència.

c. Increment dels casos de maltractaments

Els maltractaments de persones de la tercera edat són un fenomen moltes vegades ocult, però real, que es dona en la nostra societat. Aquests maltractaments poden presentar moltes formes que, fins i tot, es poden produir de manera simultània. Entre els maltractaments freqüents hi ha la violència física i psíquica, la violació o els abusos sexuals, l'ús il·legal o inapropiat dels béns mobles i immobles de què són propietaris, prohibir-los la llibertat de culte o expressió, interferir en les seves comunicacions (obrir-los el correu, per exemple) o l'abandonament, entre altres. Alguns estudis, com el de la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC), posen en relleu l'increment que, com a conseqüència de la greu precarietat en què es troben moltes famílies, s'ha produït d'algun d'aquest tipus de maltractament. Sempre s'ha dit que les situacions límit treuen el millor i el pitjor de cadascú i, evidentment, aquesta no és una excepció.

d. Retallades en la Llei de Dependència

Tot i que no tothom arriba a les edats més avançades en la mateixa situació de salut, el cert és que hi ha una relació directa entre edat i dependència. La dependència és més greu en situacions en què es viu sense parella i més encara si no hi ha cap suport de la família

extensa. La realitat és que les retallades aplicades per les administracions públiques, en aquest cas concret en la Llei de Dependència, han repercutit negativament en la qualitat de vida dels membres de la tercera edat dependents.

e. Vulnerabilitat jurídica

Gairebé ens trobaríem en una situació equiparable als maltractaments de què hem parlat en l'apartat c. En aquest cas concret, però, volem fer referència a aquelles situacions que es produeixen quan determinades persones o entitats es volen aprofitar de la bona fe i de la manca de coneixements tècnics i específics sobre la gestió del patrimoni. Un exemple palès que ha esclatat durant la crisi és el de les participacions preferents, que foren ofertes sense una informació veraç, com un mitjà per incrementar els estalvis amb total seguretat, quan la situació era totalment inversa. En aquest cas concret, com en altres, aquesta situació ha contribuït a incrementar l'estrès del col·lectiu de la gent gran i, en alguns casos, ha contribuït al deteriorament de la seva salut. Determinades entitats socials ofereixen suport a les persones de més edat davant qualsevol decisió econòmica que tingui una certa importància sobre el patrimoni disponible.

f. Copagament dels medicaments

Els canvis en les polítiques públiques a fi d'estabilitzar les balances fiscals han fet que s'hagi implantat un model de copagament (Reial decret llei 16/2012, actualitzat l'1 de gener de 2014) que implica un cert pagament enfront de la gratuïtat anterior. Malgrat que s'han establert certs límits globals en el pagament i que hi ha una certa modulació d'acord amb la renda, com sempre succeeix en aquests casos, la realitat és que els grups més afectats són els pensionistes amb rendes més baixes. Com sabem, hi ha una relació directament proporcional entre salut i edat i això fa que moltes persones d'edat avançada presentin malalties cròniques per a les quals necessiten medicació constant, a banda dels episodis aguts, que també poden fer que consumeixin més productes sanitaris ocasionalment. Tot això pot fer que algunes persones grans hagin interromput els tractaments prescrits i que, a la llarga, experimentin un empitjorament en l'estat de salut i, consegüentment, en els casos extrems, un increment del risc de mortalitat evitable.

g. Abandonament de residències de la tercera edat

Al llarg de la crisi s'han produït abandonaments d'interns que han deixat les seves places, tant en centres públics com en centres privats. I aquesta renúncia no ha estat del tot voluntària, sinó presa per poder ajudar les seves famílies. En molts casos, a més, aquesta renúncia suposa un increment real de les obligacions diàries (neteja, fer el menjar, cura dels nêts...) de les quals s'havien alliberat, com a mínim en bona mesura, perquè estaven a la residència.

Hi ha situacions en què ens plantejem el límit ètic de la situació, sobretot quan els interns dels centres geriàtrics es troben més ben atesos en aquests centres que en llars on han hagut d'anar a residir per contribuir a mantenir els familiars.

En determinats casos, a més d'ajudar els fills, també hi ha casos en què les llars acullen els néts i els besnéts, amb la qual cosa el suport econòmic es fa extensiu i permet mantenir fins a quatre generacions sota un mateix sostre.

h. Cohabitació amb altres membres de la família que han perdut la llar

En determinats casos, com a conseqüència de la pèrdua de l'habitatge habitual per execució de les hipoteques o per no poder fer front al lloguer en quedar-se en situació d'atur, moltes persones han estat recollides a la llar familiar de membres de la tercera edat que han passat a ser no només els principals proveïdors econòmics, sinó també els caps d'una família polinuclear nombrosa. La cohabitació, moltes vegades en casos no preparades per acollir tants membres, crea problemes de convivència i, en qualsevol cas, afecta negativament les condicions de confort en què es trobaven abans de la crisi.

El catedràtic de sociologia de la Universitat Autònoma de Madrid, Gerardo Meil, destaca els problemes de convivència que causa la cohabitació, sobretot com a reflex de la frustració de les expectatives i les relacions interpersonals, i proposa com a solució la negociació de les condicions de cohabitació, i prendre consciència que la crisi no és una responsabilitat personal sinó social i que s'ha d'intentar superar solidàriament, sense sentiment de culpa.

i. Pressió psicològica

La jubilació, que com sabem etimològicament deriva d'alegria, ha passat a transformar-se en una època d'incertesa i de pressions.

Els membres de la tercera edat han vist com, d'una situació de seguretat i relativa tranquil·litat, s'ha passat a una situació de crisi econòmica i incertesa global. D'una situació de prestacions assegurades amb l'increment de l'IPC, hem passat a veure com es congelaven les pensions i com es deixava de tenir l'IPC com a referència per pujar les prestacions. I tot això en un context de pujada fiscal i de preus que han afectat el poder adquisitiu del col·lectiu, un col·lectiu que, convé no deixar de recordar-ho, té unes pensions que moltes vegades són pràcticament de subsistència.

Així mateix, les campanyes sobre la insostenibilitat del sistema de pensions i la incertesa sobre l'evolució de les quanties a curt, mitjà i llarg termini, també ha causat alarma en el col·lectiu.

A més a més, ha hagut d'assumir en molts casos el paper actiu d'ajuda econòmica a altres familiars (fills, néts...) i ha patit, com pocs, la por psicològica que ha estat propiciada des de les administracions públiques per vèncer l'oposició a les mesures de retallades de drets socials i d'increment de la pressió fiscal a fi de reduir el dèficit públic.

Tot això ha fet que s'hagin incrementat els casos de depressions i problemes psicològics i que, com a mínim, moltes persones hagin perdut el sentit de seguretat que seria desitjable que experimentessin les persones de la nostra societat un cop han abandonat la fase activa i s'han convertit en pensionistes, sostinguts amb fons públics.

j. Empitjorament de la qualitat de vida

Per acabar aquest epígraf, hem volgut incloure un apartat que podríem subdividir, al seu torn, en altres apartats i que, de fet, també fa referència a alguns dels aspectes que hem tractat anteriorment i que reflecteix una situació global: l'empitjorament general de la qualitat de vida que han experimentat, en diferent mesura, tots els membres de la tercera edat. És evident que parlem d'un col·lectiu molt ampli i que no tothom té les mateixes circumstàncies personals (nivell de renda, estat de salut...) i socials (situació econòmica i laboral dels membres familiars, xarxes d'amics...) però sí que és cert que, en diferent mesura, cadascun dels seus membres s'ha vist afectat per alguns dels punts que hem destacat en els epígrafs anteriors.

Com diu la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya en un article titulat «El retir daurat, en crisi», la consideració de la vellesa, que tant havia costat aconseguir, com un període actiu i profitós en què el col·lectiu, amb la família estable i la vida solucionada, gaudia tant com podia d'un període cada cop més llarg gràcies a l'increment de l'esperança de vida, s'ha posat en dubte i són moltes les persones que han experimentat el deteriorament de la situació vital com a conseqüència de l'impacte de la crisi i les polítiques públiques adoptades per fer-hi front.

7. Reflexions finals

És evident que el paper de suport familiar que exerceix el col·lectiu de la tercera edat s'ha vist enormement reforçat al llarg de la crisi. La població de més edat de la nostra societat ha afegit a la seva importantíssima i no prou reconeguda tasca de proveïdora gratuïta de serveis (guarda i custòdia dels membres més joves de la família; ajudes en les tasques domèstiques, neteja, planxa, cuina...) la de sostenidora econòmica de la família, en alguns casos de manera complementària i, en els casos més greus, única, gràcies a les pensions de jubilació, ja siguin contributives o no contributives.

Aquestes funcions fan, segons el meu parer, que es pugui parlar d'un autèntic canvi en la consideració de la vellesa: des d'un paper passiu, receptor de serveis i de recursos econòmics, s'ha passat a un paper actiu, de proveïdor de serveis i recursos financers per a la família extensa, determinant en moments com el de la crisi actual.

Deixant de banda el sentit de vocació que puguin tenir (i que de fet tenen) el membres de més edat de les famílies, entès com el desig i la voluntat d'exercir aquest nou rol que la societat els ha atorgat, s'ha de dir que això també implica un cost important per a aquesta població: la tercera edat ha deixat de ser una època de tranquil·litat i estabilitat i s'ha convertit en una època inestable i de participació activa en els problemes de l'entorn social i familiar, de renúncia a algunes comoditats i, fins i tot, de patiment psicològic per les pressions suportades.

L'efecte de la crisi és preocupant, no només per la cruesa de les situacions en què moltes persones viuen actualment, sinó pels possibles efectes devastadors que els canvis provocats per la crisi poden tenir en el futur. Ja hem exposat alguns d'aquests factors com l'increment de la desigualtat en la renda, la pèrdua de poder adquisitiu (atur, retallades salarials, pensions no actualitzades amb l'IPC...), l'enduriment de les condicions de les futures pensions, les retallades en la prestació de serveis públics... Tot això porta la societat, de manera més o menys oculta, al fet que la propera crisi econòmica, després d'un previsible cicle de recuperació, sigui sens dubte més potent i sagnant del que és la crisi actual.

I, per acabar, inclouré una reflexió sobre els possibles efectes a llarg termini de la crisi sobre la natalitat i la fecunditat a la nostra comunitat autònoma i l'Estat espanyol en general.

Des d'un punt de vista sociològic sempre s'ha dit que en les societats en què l'Estat no proveïa de serveis i ajuts quan les persones ja no exercien activitats remunerades, com succeeix ara en molts països en vies de desenvolupament i com succeïa a la nostra comunitat autònoma no fa tantes dècades, les parelles tenien diversos fills a fi de garantir el seu suport econòmic i el seu ajut directe en fer-se grans. Aquesta era, precisament, una de les causes que explicaven l'existència d'elevades taxes de natalitat en aquestes societats. A més d'aquesta causa, moltes altres hi intervenien, com el prestigi social de la paternitat i de les famílies nombroses, el desig de tenir fills mascles...

Contràriament, pot ser que, arran d'aquesta potent crisi econòmica i financera, precisament s'hagi afegit un nou factor que pugui incidir negativament sobre les ja molt baixes taxes de natalitat que presenten molts dels països desenvolupats i l'Estat espanyol en particular: el plantejament de reduir el nombre de fills a fi d'evitar o reduir l'impacte de la demanda d'assistència econòmica i de serveis que tinguin les generacions futures.

Aquest factor incrementaria la tendència poc pronatalista actual, que fa que les taxes s'allunyin cada cop més de la taxa de reemplaçament. L'Estat espanyol presenta des de

fa anys un descens continuat en la xifra de naixements i això, juntament amb el descens de les dones en edat en què és més habitual tenir fills, l'emigració de població jove i l'increment de l'esperança de vida, provoca l'envelliment estructural de la societat. Són ja diverses les comunitats autònomes que registren més defuncions que naixements. Això significa, ni més ni menys, que sense fluxos immigratoris la nostra societat s'enfronta a greus problemes demogràfics.

Referències bibliogràfiques

Cáritas (2013). Empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece. *VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social de Cáritas*, octubre.

Colom, A. (2012). La crisis económica española: orígenes y consecuencias. Una aproximación crítica. Universitat de Barcelona. Article presentant a les XIII Jornades d'Economia Crítica. Sevilla, febrer.

Domènech, A. (2013). Los diez grandes problemas de la tercera edad. *La Vanguardia*, 30 de juny.

Cruz Roja Española (2013). La situación de las personas mayores atendidas por Cruz Roja. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*, número 8, desembre. Dipòsit legal: M-19784-2012. ISSN: 2340-7794.

IBESTAT. *Explotació específica de l'EPA*.

INE. *Enquesta de pressuposts familiars*.

INE. *Enquesta de la Població Activa*.

Intermón-Oxfam (2012). *Crisi, desigualtat i pobresa*. Informe número 32, desembre. <http://www.oxfamintermon.org/>

Lluch, F. D. (2011). Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears. *Anuari de l'envelliment 2011*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB i Conselleria de Salut, Família i Benestar Social. ISSN: 2174-7997. Dipòsit legal: PM-2908-2008.

Meil, Gerardo: *Individualització i solidaritat familiar*. Volum 32. Col·lecció d'Estudis Social de la Caixa. Obra Social la Caixa. Barcelona 2011. ISBN: 978-84-9900-050-3. DL: B.28.106-2011

UNICEF Espanya. *La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un pacto de estado para la infancia*. Dipòsit legal: M-18129-2014. Si voleu descarregar l'informe complet, ho podeu fer a l'adreça següent: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infancia-espana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf

Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya. El retiro dorado, en crisis. http://www.mayoresudp.org/portal/noticias_dir/main_noticias.aspx?idnoticia=%20858

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó, 1965. Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient i Ordenació del Territori. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic, on s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques («Els incendis a les Illes Balears», «Estadístiques dels menors infractors», «Els noms dels nadons», etc.). Des de l'any 1990, és professor de Geografia dels cursos de reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB), que d'ençà del curs 2012-13 depenen de l'Institut d'Estudis Baleàrics del Govern. 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», etc.). Diversos anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'Informe econòmic i social de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia i llar de la Memòria econòmica i social 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'*Atles de les Illes Balears*. En el camp de l'envelliment, en l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears* ha publicat els articles 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», anuari de 2010 (pàg. 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears», anuari de 2011 (pàg. 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística», anuari de 2012 (pàg. 49-76), i «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears», anuari de 2013 (pàg. 103-141).

**GENT GRAN I MEMÒRIA:
DONES I IMMIGRACIÓ A LES
ILLES BALEARS DURANT EL FRANQUISME**

Gent gran i memòria: dones i immigració a les Illes Balears durant el franquisme

Joan Amer Fernàndez

Maria Francisca Mas Riera

Resum

Un 33,4% de la població gran de les Illes Balears (major de seixanta-cinc anys) ha nascut a altres territoris de l'Estat. Això vol dir que han viscut al menys un procés migratori, un fenomen sovint poc estudiat a partir de les històries de vida dels seus protagonistes, com es fa aquí. En aquest capítol es dona veu a quinze dones grans que immigraren a les Illes durant les dècades dels cinquanta i seixanta del segle passat: es recullen les condicions de vida abans de la partida, així com el procés d'instal·lació migratòria. Tot plegat és una recerca que compta amb la participació activa dels estudiants de 1r d'Educació Social de la Universitat de les Illes Balears (curs acadèmic 2013-2014), encarregats de fer les entrevistes a les seves padrines. La recerca té dues finalitats: d'una banda, analitzar el testimoni d'aquestes dones; i, de l'altra, fer visibles les persones grans com a subjectes actius en el marc d'activitats dels estudis universitaris, tot fomentant el diàleg i les relacions intergeneracionals entre l'alumnat i els seus padrins.

Resumen

Un 33,4% de la población mayor de las Islas Baleares (mayor de sesenta y cinco años) ha nacido en otros territorios del Estado. Eso implica que han vivido al menos un proceso migratorio, fenómeno poco estudiado a partir de las historias de vida de sus protagonistas, como se hace aquí. En este capítulo se da la palabra a quince mujeres mayores que inmigraron a las Islas durante las décadas de los cincuenta y sesenta del siglo pasado: se recogen las condiciones de vida antes de la partida, así como el proceso de instalación migratoria. Todo ello es una investigación que cuenta con la participación activa de los estudiantes de 1º de Educación Social de la Universitat de les Illes Balears (curso académico 2013-2014), encargados de hacer las entrevistas a sus abuelas. La investigación tiene dos finalidades: por un lado, analizar el testimonio de estas mujeres; y, por otro, visibilizar a las personas mayores como a sujetos activos en el marco de actividades de los estudios universitarios, fomentando el diálogo y las relaciones intergeneracionales entre el alumnado y sus abuelos.

1. Introducció

La rellevància social de la memòria a l'època contemporània està vinculada a la idea de la «pèrdua de la memòria» en un context social definit per una transformació social i tecnològica permanent (Rovira, 2011). A partir de Halbwachs (2004a i 2004b) i Rovira (2011), entenem la memòria com una forma de construcció del passat i com una resposta al canvi social.

Aquest capítol es basa en la memòria de les padrines de l'alumnat de 1r d'Educació Social de la Universitat de les Illes Balears (curs acadèmic 2013-2014), a partir d'històries de vida. Concretament, per als objectius del capítol, se seleccionaren aquelles històries de vida de padrines que havien estat protagonistes d'una immigració a les Illes Balears durant el franquisme, principalment en les dècades dels cinquanta i seixanta. El treball es realitza en el marc de l'assignatura Fonaments de la Societat Contemporània, la docència de la qual és impartida pel primer autor del capítol. La present investigació s'emmarca en una línia de recerca sobre gent gran i memòria encetada l'any passat a l'Anuari de l'Envel·liment amb el capítol «Gent gran i memòria al Raiguer de Mallorca: històries de vida sobre infància i família en el marc de la postguerra» (Amer, Gual i Amer, 2013).

Ens trobam en un context d'acceleració del canvi social, en què s'ha passat del canvi intergeneracional al canvi intrageneracional. Tenint en compte aquest context de canvi, és important l'activitat que duen a terme els alumnes d'Educació Social. L'alumnat pot visualitzar i conèixer millor les històries de les seves padrines i del seu temps. Tot plegat, s'emmarca en un objectiu més general de foment de les relacions intergeneracionals i de promoció, difusió i legitimació de les vivències i els coneixements de les persones grans. En altres paraules, volem que el testimoni de les dones immigrades, tot seguint la dita *historia magistra vitae*, sigui útil per a les generacions presents i futures.

Les perspectives històriques obtenen una nova dimensió i esdevenen més democràtiques amb les històries orals (Thompson, 1988), en el nostre cas, des de la mirada de dones grans protagonistes d'una migració en el passat. Thompson (1988) assenyala que tant les realitats de les dones com les dels immigrants han acostumat a ser recollides des de fora d'aquests col·lectius, mentre que les històries orals són una oportunitat per donar centralitat als seus testimonis.

Per tant, volem conèixer com aquestes dones grans protagonistes d'una immigració construeixen i s'apropien del passat a partir de la memòria. En aquest sentit, parafrasejant Ricoeur (2003), l'objecte de la memòria serien la immigració i les condicions de vida quotidiana, mentre que el subjecte de la memòria serien les dones immigrades. Cal afegir, com diu Halbwachs (2004a), que les persones grans es troben en una etapa vital amb més predisposició per explorar, interrogar i construir els seus propis records.

És important observar el context econòmic i polític tant de la postguerra com de l'enlairament econòmic de la dècada dels seixanta del segle passat per entendre les coordenades en què es produeixen les biografies i les migracions de les entrevistades. Pel que fa a l'etapa de la postguerra, aquesta es caracteritza per l'autarquia i la presència d'activitats d'economia submergida com el contraban o l'estraperlo. Pel que fa al boom econòmic i turístic de la dècada dels seixanta, aquest és especialment significatiu a les Illes Balears. El turisme de massa europeu, en la forma de turisme de sol i platja es desenvolupa

àmpliament a les Illes durant aquesta època. El desenvolupament de la indústria turística europea, tot posant a l'abast el viatge organitzat a les classes mitjanes i populars de països del centre i el nord d'Europa, conjuntament amb el Pla d'Estabilització econòmica franquista impulsen un procés de creixement econòmic sense precedents a l'Estat (García Delgado i Jiménez, 2001). Alhora, l'activitat turística és impulsada com a instrument de legitimació política (Amer, 2006). Amb l'inici del desenvolupament turístic, la societat balear experimenta una ràpida transformació en societat de serveis, tot comportant una immigració laboral significativa procedent de la península, amb Andalusia i Castella-La Manxa com a primers grups durant les dècades dels seixanta i dels setanta (Moll, 2006).

Les condicions de vida de les dones entrevistades estaven fortament influïdes pel patriarcat del règim franquista, combinat amb un rígid control moral per part de l'Església (Aguado, 2011). Segons aquesta autora, el franquisme promogué un sistema de gènere clarament asimètric entre el «món masculí» i el «món femení» i imposà un model de família i de gènere hegemònics. La figura de la mare i esposa dedicada a la família tradicional va ser cèntrica per al model franquista. Aguado (2011) afegeix que als anys seixanta es produeixen canvis legals respecte a la situació de la dona a la família i al mercat laboral, perquè el desenvolupament econòmic i la industrialització (turistització en el cas de les Illes Balears) requereix mà d'obra. En qualsevol cas, els canvis legals continuen mantenint la posició de feminitat subordinada a la família, amb una incorporació parcial de les dones al treball remunerat per les necessitats econòmiques del moment (Aguado, 2011).

2. Metodologia

Les històries de vida, d'acord amb Ballester (2004), són un enfocament biogràfic propi de les ciències socials que tant poden fer referència a relats de tota una vida, com a narracions parcials de certes etapes. Al capítol s'utilitza la història de vida de relat únic: històries de vida basades en un relat, de biografies singulars que són representatives de determinats processos socials. En el nostre cas, el procés social que es vol estudiar és la immigració a les Illes Balears en el context del franquisme i l'inici del turisme de massa.

Població d'estudi

L'alumnat de primer d'Educació Social portà a terme cinquanta-vuit històries de vida a padrins i padrines, de les quals desset eren elegibles per al present estudi, ja que complien el criteri d'inclusió que fossin dones, padrines i haguessin viscut un procés de migració. D'aquestes desset, finalment dues entrevistes quedaren fora per distints motius: una per la defunció de l'entrevistada i l'altra per no obtenir el consentiment informat per incorporar les seves aportacions al capítol de l'Anuari. De les quinze històries de vida finalment seleccionades per a l'estudi, un total de nou són de persones nascudes a

Andalusia (quatre a la província de Cadis, dues a Jaén, dues a Sevilla i una a Granada), dues a Madrid, una a Castella-Lleó, una a Castella-La Manxa, una a Catalunya i una a Menorca. La presència majoritària de padrines nascudes a Andalusia respon al fet demogràfic que aquest grup és el primer en nombre dels immigrants nascuts a altres territoris de l'Estat i residents a les Illes Balears. En la taula 1, a més del lloc de procedència i l'any de naixement (persones nascudes entre 1925, la més gran, i 1942, la més jove), es recullen la feina de les entrevistades i la feina dels seus pares. En les feines, podem observar la divisió sexual del treball, amb força protagonistes (o les seves mares) que són mestresses de casa o han tingut ocupacions lligades amb el treball reproductiu (neteja, serventa, modista...).

Taula 1 | *Població d'estudi*

	Naixement	Lloc de procedència	Feina	Feina pares
Entrevistada 1	1936	Nava de Rey (Valladolid)	hoteleria	mestressa de casa / pagès
Entrevistada 2	1936	Jerez de la Frontera (Cadis)	mestressa de casa	mestressa de casa / femater
Entrevistada 3	1930	Peñas de San Pedro (Albacete)	serventa	mestressa de casa / carter
Entrevistada 4	1925	Jerez de la Frontera (Cadis)	neteja	neteja roba / pagès
Entrevistada 5	1938	Tetuán de las Victorias (Madrid)	modista	mestressa de casa / miner
Entrevistada 6	1948	Lebrija (Sevilla)	agricultora	mestressa de casa / agricultor
Entrevistada 7	1942	Madrid	mestressa de casa	mestressa de casa / cambrer
Entrevistada 8	1946	Setenil de las Bodegas (Cadis)	minyona	mestressa de casa / encarregat fàbrica
Entrevistada 9	1924	Setenil de las Bodegas (Cadis)	neteja	mestressa de casa / sabater
Entrevistada 10	1945	Puente de Génave (Jaén)	fornera	forners
Entrevistada 11	1939	Barcelona	cuidadora / neteja	neteja roba / comerciant
Entrevistada 12	1937	Villa Rodrigo (Jaén)	fàbrica	pagesos
Entrevistada 13	1932	Maó (Menorca)	perruquera / mestressa de casa	militar / comare
Entrevistada 14	1942	Écija (Sevilla)	serventa	pagesos
Entrevistada 15	1942	Pinos Puente (Granada)	brodadora i mestressa de casa	camioner / mestressa de casa

Instrument

Per recollir la informació s'ha utilitzat un guió d'entrevista dissenyat específicament per a aquest estudi i que recollia els següents ítems:

- Família. Dinàmica familiar i organització econòmica. Relacions intrafamiliars.
- Escola. Anys de permanència. Mètode educatiu. Motiu d'abandonament dels estudis.
- Amistats infantils i jocs.
- Educació moral i religiosa. Catequesi i primera comunió.
- Primera feina i successives.
- Procés d'immigració i instal·lació migratòria.
- Festeig, noces, matrimoni.
- Relacions amb el moment històric
- Valoració global. Comparació abans i ara.

En aquesta investigació, es fa un enfocament especial en els temes del treball (remunerat i no remunerat) i de la migració. En canvi, no s'analitzaran, per qüestions d'espai, els aspectes relatius a l'escola, la religió, el festeig i les noces o les amistats infantils.

La taula 2, relativa al temps social i el temps personal, recull l'edat de les persones entrevistades en diferents moments històrics. Ens serveix per contextualitzar les seves biografies en les distintes etapes del franquisme i l'inici de la democràcia. També ha estat rellevant assenyalar, en els casos en què la informació era disponible, l'any d'arribada a Mallorca. El ventall és força ampli, entre les dècades de 1940 i 1970, però el gruix de les persones entrevistades arriba en les dècades dels cinquanta i seixanta.

Taula 2 | *Temps social / temps personal. Edat de les entrevistades en diferents moments històrics*

	Naixement	Edat a l'inici de la guerra civil (1936)	Edat en acabar la segona guerra mundial (1945)	Any d'arribada a mallorca	Edat en el moment de la mort de franco (1975)
Entrevistada 1	1936	0	9	No disponible	39
Entrevistada 2	1937	0	8	1964	38
Entrevistada 3	1930	6	15	1952	45
Entrevistada 4	1925	11	20	1965	50
Entrevistada 5	1938	0	7	1973	37
Entrevistada 6	1948	0	0	No disponible	22
Entrevistada 7	1942	0	3	1968	33
Entrevistada 8	1946	0	0	1952	29
Entrevistada 9	1924	12	21	No disponible	51
Entrevistada 10	1945	0	0	1968	30
Entrevistada 11	1939	0	6	1961	36
Entrevistada 12	1937	0	8	1952	32
Entrevistada 13	1932	4	13	1940	43
Entrevistada 14	1942	0	3	1965	32
Entrevistada 15	1942	0	3	1965 (aprox.)	32

Procediment

Una vegada elaborat l'instrument definitiu per a la recollida de la informació, els alumnes de primer d'Educació Social (estudis de grau de la Universitat de les Illes Balears) es posaren en contacte amb les seves padrines per fer les entrevistes, tot explicant-los la finalitat de l'estudi, la rellevància de la seva participació i l'anonimat de les seves aportacions, per la qual cosa hagueren de signar un consentiment informat per participar en la recerca. Les entrevistes tenien lloc a les cases de les persones entrevistades, amb el nét/a com a entrevistador/a, element de confiança, ja que es tracta de gent gran. Per garantir la confidencialitat i la privacitat de les aportacions, totes les protagonistes signaren un document de consentiment informat, en què també se'ls informava de les característiques i les finalitats de la recerca en la qual participaven.

Anàlisi de les informacions

Per aconseguir els objectius plantejats, la proposta metodològica utilitzada és qualitativa. Per al buidatge, es classifica el contingut de les transcripcions de les entrevistes, mitjançant el programa NVIVO9, d'anàlisi qualitativa de les dades. La informació recollida a través de l'entrevista semiestructurada es categoritza a partir dels temes que apareixen en les respostes dels protagonistes entrevistats. Les preguntes del guió de l'entrevista estructuren les categories prèvies, mentre que aquelles informacions que van més enllà de les preguntes plantejades al guió es recollien com a categories emergents.

3. Resultats

En aquest apartat recollim les contribucions de les entrevistades en relació a una sèrie de temes clau en les seves biografies: l'organització i la dinàmica de la família de procedència (incloent les feines dels seus pares); la migració i el procés d'instal·lació migratòria; els diferents treballs de les entrevistades (remunerats o no), les condicions vitals i laborals pel fet de ser dona; i el balanç entre abans i ara que fan els testimonis participants de la recerca.

Quant a la infància i família de les entrevistades, és important parar atenció en les distintes formes d'organització familiar, així com en els treballs dels progenitors (inclòs el treball de cura no remunerat) i el treball infantil. Pel que fa als treballs dels pares, la mare s'encarrega del treball de cura i alhora fa de reforç de l'economia domèstica. En els exemples es pot observar la divisió sexual del treball:

«Mi padre era agricultor, mi madre era ama de casa, y ayudando en la agricultura en sus terrenos, lo que se podía, y cuidando de sus hijos» (entrevistada 6).

«Mi madre estaba en casa con los chiquillos y mi padre era zapatero, arreglaba calzado pues de toda la gente del pueblo» (entrevistada 9).

En relació al treball infantil, trobam nombrosos exemples a les entrevistes. També dins els relats trobam la duresa de les condicions laborals.

«Todos los hermanos desde los ocho años hemos estado cogiendo aceitunas, blanqueando las casas de los "señoritos" que los llamaban y íbamos a blanquear la casa de la gente» (entrevistada 9).

«Jo vaig començar devers els deu anys a cuidar un nin petit» (entrevistada 11).

«Mi madre veía más importante ponerme a trabajar para ellos poder ganar un dinero a que que yo aprendiera, y por eso a día de hoy no sé ni leer ni escribir» (entrevistada 14).

«Mi madre, con unos ocho años, yo tan alta como la mesa, me puso a servir porque hacía falta dinero al haber fallecido mi padre» (entrevistada 3).

«Mi primer trabajo fue cuando yo tenía ocho años cuidando un niño y después me metieron en el campo a sacar patatas» (entrevistada 14).

Pel que fa a la migració, s'assenyalen distints motius per a la partida:

«Entonces había mucha hambre» (entrevistada 1).

«Porque en Andalucía había muy poco trabajo» (entrevistada 2).

«El trabajo que tenía mi padre en el campo había disminuido y se ganaba muy poco» (entrevistada 8).

Quant a la instal·lació migratòria, a les entrevistes es destaca la rapidesa amb la qual es trobava feina:

«Fue muy curioso. Me dijeron que había un trabajo para un hotel y que si se lo quería decir a mi hermana, pero ella rechazó la oferta porque ya tenía un trabajo, así que me vine yo» (entrevistada 1).

«Decidimos venir porque decían, los que ya habían venido, que había trabajo» (entrevistada 3).

«Yo me fui a buscar trabajo y el mismo día que fui ya me puse a trabajar, para que te hagas una idea» (entrevistada 10).

Les principals feines que trobaven les dones eren en el sector de la neteja i de l'hoteleria, principalment com a cambreres de pis:

«Trabajaba en una tienda de muebles, limpiando. Luego trabajé también en un hotel limpiando la parte de las cocinas y las habitaciones, en lo que me salía» (entrevistada 9).

«Aquí a Palma, *pues*, vaig estar sense fer feina poc temps, poc temps, perquè després ja em vaig posar a fer feina als hotels» (entrevistada 11).

També hi ha un seguit de dones entrevistades que vénen a les Illes Balears, perquè l'home hi ha trobat feina (reagrupament familiar):

«Vinimos aquí después de la boda, no teníamos casa, pero él ya vivía aquí con sus padres y sus hermanos y tenía un trabajo en la construcción» (entrevistada 10).

Tenim exemples de dones que són les esposes de funcionaris o treballadors «destinats»:

«Vinimos por cuestiones de trabajo. Mi marido era militar, estaba en Sevilla, y lo destinaron aquí, a Baleares, y claro, pues vinimos toda la familia con él porque ya estábamos casados» (entrevistada 6).

Sobre el conflicte personal i relacional que pot comportar la migració, és representativa la següent cita:

«Si yo volviera a nacer querría vivir donde nací, en mi pueblo donde nací, pero con la libertad que tengo aquí ahora. Si volviera a nacer no me iría de mi lugar de nacimiento, porque allí saqué mis raíces, tenía mi familia [...]. Mi corazón está partido entre el pueblo, que es donde yo nací, donde tengo a mis padres enterrados, y ahora aquí, que estoy aquí en Palma, que claro, no me puedo ir porque tengo a mis hijos» (entrevistada 9).

En relació al treball de les persones entrevistades i de les seves parelles, trobam bastanta varietat, tot i que turisme i construcció són denominadors comuns. Els treballs abans de la migració acostumen a ser principalment del sector agrícola.

«Necesitabas subsistir, y el trabajo que te salía, por supuesto, de agricultura, es el que se tenía que hacer. ¿Que llegaba el tiempo de cosecha de algodones? Pues a coger algodón. Era un trabajo muy duro» (entrevistada 6).

En relació a les condicions de vida i de treball de les dones, moltes de les entrevistades deixaven de treballar de manera remunerada quan es casaven, o bé quan tenien el primer fill:

«Una vez casada no trabajé más, ya que el abuelo no quería, y me encargaba de la casa y de las niñas» (entrevistada 8).

Altres no podien seguir els estudis, perquè no tenien l'aprovació familiar:

«Estudiando ahí estuve un par de años, luego quise ir al instituto, pero mi familia no lo consideraba oportuno, porque decían que las mujeres no teníamos que estudiar, que eso eran cosas de hombres, y yo tenía bastantes ganas de ir al instituto y me sentía preparada, pero mi familia no lo consideraba normal» (entrevistada 6).

«Hasta los catorce, porque ya no me dejaron seguir estudiando. Me decían que tenía que trabajar y casarme» (entrevistada 7).

És important assenyalar que algunes dones entrevistades no perceben com a treball la feina de la casa, ja que no està remunerada:

«—¿De qué trabajaste aquí?

»—De nada. Hacía de ama de casa» (entrevistada 7).

«—¿Cómo que no has trabajado?

»—No, yo solamente cuando estuve en Suiza.

»—¿Pero no me dijiste que hacías bordado?

»—Sí, en mi casa siempre. En mi casa bordaba yo» (entrevistada 15).

Per últim, les entrevistades fan balanç tot comparant les condicions de vida de quan arribaren a les Illes Balears amb les condicions d'ara. Les aportacions són diverses, emperò diferents persones assenyalen la inseguretat com la seva principal preocupació:

«Podías dejar las puertas abiertas e irte tranquilamente que en tu casa no entraba nadie. Yo prefería la década de los sesenta. Ahora lo bueno es que hemos progresado, hay más abundancias. Pero también más inseguridad, tienes miedo de que te entren en casa» (entrevistada 1).

«Lo peor de ahora es tener que cerrar tu casa como si fuera un castillo por miedo a los ladrones» (entrevistada 3).

En altres històries de vida s'apunta la millora de la qualitat de vida:

«¡Hombre, la sociedad está mejor ahora, claro! Todo está mejor. Tenemos más derechos, está todo mejor. En ese sentido sí que hemos ganado» (entrevistada 9).

A partir de les distintes contribucions recollides a les entrevistes i destacades en aquest apartat, a la següent secció discutim quines memòries construeixen les aportacions de les entrevistes, tot parant esment també en la perspectiva de dona. També es descriuen les implicacions pràctiques així com potencials línies de futur.

4. Discussió i conclusions

L'objectiu principal del capítol és doble, d'una banda, fomentar les relacions intergeneracionals i, de l'altra, visualitzar el record de les experiències migratòries de dones grans de les Illes Balears. En l'apartat de resultats s'han recollit les principals informacions relatives a passatges importants de la seva biografia com són la seva infància, els seus primers treballs, el procés d'instal·lació migratòria i les seves condicions de vida i de treball. Complementàriament a les recerques i als manuals a l'ús sobre el franquisme i la història de les Illes Balears, les vivències aportades per les protagonistes fan llum sobre la quotidianitat d'aquella etapa històrica i incorporen la veu i la mirada de les dones.

És rellevant subratllar que la memòria es construeix sobre uns records i l'oblit d'uns altres. En aquest sentit, es destaca la divisió abans/ara, entre una etapa de misèria econòmica abans de la migració i una etapa posterior a la migració de millora que condueix al benestar de les persones entrevistades i les seves famílies. En conjunt, el balanç que fan és positiu, sovint mesurat amb el nombre de néts i la relativa estabilitat de la seva jubilació. En alguns casos, s'estranya o enyora el lloc de procedència, però s'apunta que romanen a les Illes Balears perquè és on tenen els fills i els néts. Les aportacions de les entrevistades en relació a les condicions de vida als llocs de procedència abans d'emigrar tenen rellevància per la informació qualitativa que aporten. Els seus testimonis il·lustren com eren les dinàmiques d'organització de les famílies i l'economia domèstica, on el treball infantil era important. La permanència a les escoles (i fins i tot en alguns casos l'accés a l'escola) es veu determinada negativament per la incorporació al món del treball a edats molt joves. Les explicacions sobre les condicions laborals del treball infantil constaten les situacions d'explotació i la duresa d'unes feines que provoquen que les infàncies de les entrevistades acabin prematurament. El conjunt de les entrevistes posa en relleu la divisió en la dinàmica familiar, amb una mare que porta la cura de la família o el treball reproductiu, conjuntament amb la gestió econòmica (encara que el pare sigui l'home-proveïdor). Tant en el treball remunerat com en el treball de la casa (especialment les filles), els infants són mà d'obra i peces clau. L'exercici ha servit també per fer visible el contrast entre les condicions de vida de les padrines i les dels seus néts entrevistadors. Aquest és un aspecte que s'ha treballat en les sessions de l'assignatura.

En conjunt, les aportacions de les dones entrevistades constitueixen un testimoni de primer ordre de com afectà el context històric, econòmic i polític a les persones: de la realitat de la

misèria econòmica en el context de la immediata postguerra a nous escenaris de possibilitat de feina gràcies al turisme de massa de sol i platja. Tot plegat, en el marc de la dictadura franquista, amb absència de llibertats i democràcia i amb un sistema social i religiós patriarcal que fomentava la desigualtat social, econòmica i cultural entre homes i dones.

A més, l'exercici de diàleg de l'alumnat amb les seves padrines permet conèixer la realitat migratòria. Ens trobam en una societat com les Illes Balears on el pes de les distintes onades immigratòries al llarg dels darrers seixanta anys ha estat important. Treballar les històries de vida de les padrines immigrants hauria d'aportar instruments perquè l'alumnat d'Educació Social mostri major capacitat d'anàlisi i empatia amb la realitat migratòria contemporània, amb una presència rellevant de població immigrada d'altres països. Per tant, a manera de conclusió sobre el profit de la recerca, aquesta ha comportat una doble dimensió: primera, potenciar la visibilitat de les persones grans, especialment les dones, així com les seves vivències com aportacions a la memòria i a la història oral; segona, sensibilitzar sobre les condicions de vida i de treball dels immigrants, en diferents contextos històrics, però amb problemàtiques comunes.

Agraïments

En primer lloc, a les protagonistes del capítol, les dones grans que arribaren a les Illes Balears durant el franquisme i que han col·laborat de manera tan positiva en la recerca. En segon lloc, als seus néts i nétes, que amb aquest estudi han fomentat les relacions intergeneracionals, així com la recuperació de la memòria d'unes persones que migraren en un context molt difícil, tant econòmic com polític.

En conjunt, vull agrair la implicació de tot l'alumnat de primer d'Educació Social (curs acadèmic 2013-14) i de manera especial als néts i nétes de les padrines immigrants incloses a l'estudi: Marc Afanador, Marta Casares, Cecilia Castaño, Anabel Díaz Forteza, Neus Diéguez, María Teresa Franch, Margalida Gayà, Laura Genovart, Cristina Guerrero, Cristina López Montalvo, Lluïcia López, Ana Martínez, Adrián Munar, Javi Nieto, Sofía Nieves, Victoria Ruiz i Tania Sánchez. Els noms de les padrines resten en anonimat per respectar la seva privacitat i la confidencialitat de les seves aportacions.

Referències bibliogràfiques

Aguado, M. (2011). Familia e identidades de género. Representaciones y prácticas (1889-1970). F. Chacón i J. Bestard (dirs.). *Familias. Historia de la sociedad española*. Madrid, Cátedra.

Amer, J. (2006). Turisme i política. *L'empresariat hotelier de Mallorca*. Palma, Documenta Balear.

Amer, J., Gual, J. i Amer, A. (2013). Gent gran i memòria al Raiguer de Mallorca: Històries de vida sobre infància i família en el marc de la postguerra. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2013*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

Ballester, L. (2004). *Bases metodològiques de la investigació educativa*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

García Delgado, J. L. i Jiménez, J. C. (2001). *Un siglo de España: la economía*. Madrid, Marcial Pons.

Halbwachs, M. (2004a). *Los marcos sociales de la memoria*. Madrid, Anthropos.

Halbwachs, M. (2004b). *La memoria colectiva*. Zaragoza, Publicaciones de la Universidad de Zaragoza.

Moll, I. (2006). Transformaciones sociales. Moll, I., Marín, M. A., Parrón, A., Pons, J. i Vidal, T. *Historia de las Islas Baleares. Época contemporánea. Siglo XX*. Vol. 15. Palma, El Mundo-El Día de Baleares.

Ricoeur, P. (2003). *La memoria, la historia, el olvido*. Madrid, Trotta.

Rovira, M. (2011). *Les memòries de la Transició. Un exercici de personalització de la història*. Tesis doctoral inèdita. Universitat Autònoma de Barcelona.

Thompson, P. (1988). *The Voice of the Past: Oral History*. New York, Oxford University Press.

Autors

JOAN AMER FERNÀNDEZ

Llicenciat i doctor en sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES, <http://gifes.uib.eu>). Secretari del Màster en Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Les seves línies de recerca són els programes familiars basats en evidència, la pedagogia social i la sociologia de l'educació i la família.

MARIA FRANCISCA MAS RIERA

Estudiant del grau d'Educació Social de la Universitat de les Illes Balears. Ha estudiat el Cicle Formatiu de Grau Mitjà d'Activitats Físiques i Esportives. Alumna col·laboradora de la Facultat d'Educació durant el curs acadèmic 2013-14. A més de la participació en la recerca d'enguany, també donà suport a la recerca del capítol «Gent gran i memòria al Raiguer de Mallorca: històries de vida sobre infància i família en el marc de la postguerra» de l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2013*.

**PERSONES GRANS ESTRANGERES
RESIDENTS A LES LLARS DELS ANCIANS.
ESTUDI DE CAS**

Persones grans estrangeres residents a les llars dels ancians. Estudi de cas

Carlos Vecina Merchante
Concepció Pou Soler

Diu que no ha tingut cap mancança i es mostra amb una actitud riallera i alegre davant la vida. Explica que els seus records l'omplen de felicitat i pot passar-se hores senceres observant els jardins i el cel des de la finestra. Aquestes són les úniques coses de què volia gaudir per sempre... Si hi havia alguna cosa que la preocupava no era una altra cosa que la por a haver de tornar a la Haia, a esperar que arribàs la seva fi.

En memòria d'Ankie Manuputi i María Juan, unes de les protagonistes d'aquesta història que ens varen deixar abans que es publicàs.

Resum

En la darrera dècada s'ha produït un canvi social, demogràfic i cultural de gran transcendència. Es tracta d'un fenomen migratori caracteritzat per una elevada entrada de població immigrant. Tot i que l'imaginari social relacionava principalment aquest fenomen demogràfic amb la població estrangera extracomunitària, reflectit per exemple en la premsa escrita (Vecina, 2008), en realitat l'entrada de població ha tingut orígens diversos, persones d'altres comunitats autònomes i estrangeres, tant de la UE com d'altres països.

Si ens centram en la població estrangera gran, el pes principal recau en els provinents de la UE. Aquesta realitat respon a un procés d'entrada i assentament força diferenciat: migració laboral de població jove dels diferents orígens mencionats, fenomen destacat els darrers anys, d'una banda, i, de l'altra, migració de tipus residencial, fenomen que va sorgir paral·lelament al desenvolupament mateix de la comunitat com a destinació turística de primer ordre. Aquesta darrera particularitat està relacionada amb el tipus de població gran estrangera, el seu origen, les raons d'acabar residint a les Illes i en alguns casos, la situació actual de vulnerabilitat social. Aquest estudi mostra la realitat d'una sèrie de persones estrangeres residents a les llars dels ancians de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

Resumen

En la última década se ha producido un cambio social, demográfico y cultural de gran trascendencia; se trata de un fenómeno migratorio caracterizado por una elevada entrada de población inmigrante. A pesar de que el imaginario social relacionaba principalmente este fenómeno demográfico con la población extranjera extracomunitaria, reflejado por ejemplo en la prensa escrita (Vecina, 2008), en realidad la entrada de población ha estado formada por diversos orígenes, tanto por personas procedentes de otras comunidades autónomas como de países extranjeros, de la UE y de otros países.

Si nos centramos en las personas mayores extranjeras, el peso principal recae sobre los procedentes de la UE. Esta realidad responde a un proceso de entrada y asentamiento bastante diferenciado: migración laboral de población joven, de los diferentes orígenes mencionados, junto a migración de tipo residencial, fenómeno que surgió paralelamente al propio desarrollo de la comunidad como destino turístico de primer orden. Esta última particularidad está relacionada con el tipo de personas mayores extranjeras, su origen, las razones de acabar residiendo en las Islas y en algunos casos, la situación actual de vulnerabilidad social. Este estudio muestra la realidad de una serie de personas extranjeras que llegaron en la década de los sesenta, actualmente residentes en los hogares de ancianos de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

1. Una aproximació a la immigració i les persones grans

Si s'haguessin de citar alguns dels factors socials més característics del període comprès entre el final del segle XX i el primer decenni del XXI, sense cap dubte la immigració en seria un. Una causa destacada d'aquest canvi ha estat el fort creixement econòmic fins a 2007. Al final d'aquell any algunes dades macroenòmiques poden posar en relleu la possibilitat de contagi amb la crisi internacional; malgrat això alguns sectors com el de serveis continua creixent, però a menor ritme, passa d'un 3,1%, el 2006, a un 2,8%, el 2007; l'atur inicia un creixement continu i el conjunt de l'economia va indicant un esgotament del model econòmic (Riera, 2009). A pesar d'això, el creixement demogràfic continuà en ascens, fins a arribar al punt d'inflexió l'any 2010.

Si bé la composició demogràfica ha variat en relació a diversificació i nombre de persones, la realitat és que si parlem de persones grans estrangeres com a residents a les Illes Balears, hem de considerar alguna variable més que l'esmentada conjuntura econòmica. La raó l'hem de cercar en el model econòmic majoritàriament centrat en el turisme, al costat d'altres factors condicionants com la qualitat de vida i el benestar social, els serveis públics, la climatologia i les bones comunicacions de transport de viatgers, aspectes que també haurien facilitat l'assentament de persones estrangeres grans, tenint les Illes Balears com a segona residència o fins i tot com a residència habitual. Tot coincidint amb l'origen dels turistes dels països de l'Europa Occidental que més ens visiten.

Podem parlar d'un model dual a l'hora de caracteritzar la població estrangera resident a les Illes Balears. Aquesta dualitat és visible quan analitzam dades sobre l'origen —si és de la UE o d'un país extracomunitari— i no només ha experimentat un creixement distint en el temps, sinó que també s'ha segmentat entre població de cert estatus socioeconòmic i població principalment més vulnerable, destinada en temps de bonança a les ocupacions més baixes (Vecina, 2008) i liderant les dades d'atur en el moment actual de crisi econòmica. Tal vegada, no és l'espai adequat per desenvolupar aquesta tendència, però sí cal destacar-la, perquè la diferenciació entre uns i altres immigrants ha condicionat la presència i les característiques de la població estrangera resident a les Illes Balears, i aquesta circumstància és de notable significació a l'hora de comptabilitzar els residents estrangers de seixanta-cinc anys o més, perquè el tipus d'immigració ha condicionat també una dualitat per edats, majoritària en el cas de les persones grans provinents de països de cert estatus econòmics d'Europa, enfront a la de països extracomunitaris, inexistent en bastant de casos. Però comencem per descriure el procés diferenciador de la migració, tipologies i diferents etapes.

Salvà (2001) elabora una tipologia relativa a l'assentament de la població immigrant estrangera, segons el seu origen geogràfic, social i la cronologia del fenomen. Distingeix tres formes de fluxos que caracteritzen la immigració a les Illes Balears:

- Immigració de tipus residencial, principalment d'origen europeu, que cerca l'oci, el plaer i el descans.
- Un flux important d'origen europeu, de tipus laboral, conseqüència de l'especialització turística. Distingeix tres subtipus: immigrants que coincideixen amb l'estacionalització del mercat turístic; immigrants laborals de llarga durada, principalment contractats per empreses estrangeres, i, finalment, immigració laboral empresarial, composta per petits i mitjans empresaris.
- Un important flux d'immigrants procedent del sud, sobretot població del Magrib, Àfrica subsahariana, Amèrica llatina i Àsia. És una immigració de caràcter laboral, que accedeix principalment a ocupacions de baixa qualificació i remuneració.

L'autor cita altres aspectes de la immigració estrangera, com el fet de la seva important dualitat, en referència a l'origen de la UE o de països extracomunitaris, ja que en els primers s'havia produït un important flux de persones que venien a les Illes per cercar residència, una vegada jubilats. A aquest model l'anomena model Florida, mentre que al que preval actualment, l'anomena model Califòrnia, característic de zones amb fort creixement econòmic i demanda de mà d'obra, la qual cosa afavoreix l'elevada entrada de població immigrant al mercat de treball (2004, p. 60).

Alguns punts interessants de l'anàlisi demogràfica, relacionats amb la immigració actual, són explicats per Salvà (2004). Un efecte curiós és el que es produeix en la piràmide poblacional. Es dibuixa una forma bombada en les edats centrals a causa de dues raons notables: d'una banda, la conseqüència del *baby boom* dels anys seixanta i setanta i, per l'altra, l'important contingent de població immigrant d'edats entre els vint-i-cinc i els quaranta-cinc anys, a la recerca de la demanda de mà d'obra, dels últims anys: «demanda de mà d'obra dels sectors de la construcció, hostaleria i altres activitats turístiques complementàries» (p. 57).

Tornant, però, a la població estrangera gran, en estudis publicats en anteriors anuaris de l'envelliment, es plantejava el procés immigrant i els aspectes de la realitat quotidiana d'aquesta població. Amer i Pozo (2012) se centren en els col·lectius més nombrosos i d'assentament tradicional. Es tracta d'una anàlisi sobre la situació de residents al municipi de Calvià. Centrat, concretament, en els alemanys i britànics, tot considerant aquests col·lectius per la seva importància numèrica al territori, i a la resta de la nostra comunitat. Els autors fan referència a una representativitat d'aquests dos orígens respecte de la població de seixanta-cinc anys o més, amb uns percentatges del 23,44% d'alemanys i del 20,53% de britànics, i indiquen, a més, que es corresponen al 74,65% de tots els estrangers residents d'aquesta franja d'edat (dades de 2011). L'estudi, a partir de l'anàlisi d'entrevistes, arriba a algunes conclusions: Mallorca és considerada com un

paradís, però aquesta condició està directament relacionada amb la salut, ja que formen part d'una xarxa de suport social i gaudeixen de certa posició socioeconòmica, la qual cosa els garanteix certa independència i benestar. Pareix que quan les persones arriben a certa edat, algunes s'han trobat amb problemes: «de seguretat emocional, motivats, en part, per l'aïllament lingüístic i cultural, i reforçats per la pèrdua de poder adquisitiu i el deteriorament de la salut» (p. 90). Un altre aspecte destacat és el relacionat amb la representació social a les Illes Balears dels que decideixen residir-hi, que va variant en sobrevenir la vellesa i les dificultats socials: «En aquests casos, Mallorca va ser concebuda, primer, en termes de "jubilació daurada" i ara passa a ser viscuda com una experiència negativa d'envellir en solitud» (p. 90).

En el cas que ens ocupa, el nostre interès se centra en anar una mica més enllà, en referència a la població en situació de vulnerabilitat, de risc o fins i tot d'exclusió social. Entenem les diferències entre persones immigrants, considerant l'origen per grans zones: comunitària (UE), extracomunitària i dins d'aquesta la lògica diferència entre països i situacions individuals. Malgrat això, hem pogut comprovar en l'estudi anterior (Amer i Pozo, 2012) que hi ha algunes realitats que romandrien invisibles, tals com la vulnerabilitat d'alguns estrangers residents, quan es combinen dificultats de la vida diària, les pròpies d'una edat avançada i la manca de xarxes i integració social. Motiu que ens ha incitat a continuar aprofundint una mica més en aquestes situacions socials.

Sembla que una de les dificultats afegides a la migració com a tal és la ruptura amb unes xarxes familiars i socials que poden ajudar tant en el desenvolupament psicosocial de les persones (Vega, Kolody, Valle i Weir, 1991) com en situacions que poden acabar en l'aïllament social i tota una manca de suport interpersonal (Hernández, Pozo i Alonso, 2004). En definitiva, de la qualitat del capital social depèn també la cohesió, la integració i el desenvolupament d'una comunitat i els seus membres (Ballester, Pascual i Vecina, 2014). Coneixem la realitat més quotidiana de la immigració estrangera de les Illes, estudis anteriors han fet algunes aportacions de gran riquesa (Salvà, 2002, 2004; Lluch, 2010; Pozo i Amer, 2012). Les dades demogràfiques de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears ens indiquen la importància d'orígens de la UE, així com de certs països llatinoamericans, com l'Argentina. El fenomen immigratori és complex i heterogeni. Està clar que no podem de cap manera homogeneïtzar-lo i presentar-lo com un fenomen amb característiques i factors unitaris. Partim de la hipòtesi que els primers migrats estrangers es corresponien amb persones de cert estatus socioeconòmic, que arribaren a les Illes Balears atrets per la representació social de les illes turístiques, de bon clima i al mateix temps un lloc tranquil per poder-hi residir. Segons les dades i els estudis citats, aquest seria el perfil, juntament amb una procedència molt concreta: països europeus amb tradició de turisme a les illes i persones de Llatinoamèrica, amb avantpassats espanyols i amb cert estatus o que fugiren de determinades situacions polítiques.

El que volem ara és confirmar aquestes hipòtesis, juntament amb el transcurs biogràfic de persones amb aquest origen, però que han acabat vivint en residències públiques, conseqüència de la seva manca de recursos. Per la qual cosa ens hem fet servir de la tècnica de l'entrevista semiestructurada, amb uns criteris d'històries de vida. Pensam que és important conèixer la veu dels protagonistes mateixos, a fi d'evitar guiar-nos per representacions socials de les persones grans i les seves situacions i necessitats. Ballester, Santiago i Sastre (1996) posaven de manifest aquestes circumstàncies.

2. Metodologia de la recerca

Per a la realització del treball empíric s'ha procedit a una articulació basada en la complementació, mètode que permet utilitzar diverses tècniques d'investigació, amb la finalitat de conèixer distints punts de vista o aspectes de la realitat d'un objecte d'estudi (Callejo i Viedma, 2006). Seguint aquesta recomanació, s'ha procedit, per una part, a l'explotació i l'anàlisi de dades quantitatives, procedents de diferents fonts: Institut d'Estadística de les Illes Balears, Institut Nacional d'Estadística i base de dades del Consell Insular de Mallorca. I per l'altra, a la realització d'entrevistes semiestructurades amb el component biogràfic (a manera d'història de vida) com a objectiu principal.

La investigació qualitativa és apropiada per indagar en la visió i la comprensió de la realitat, vista des dels protagonistes mateixos. L'entrevista permet un model de conversació més familiar i facilita accedir a informacions que necessiten una reflexió de l'entrevistat; a més, deixa una possibilitat oberta per accedir a informació de difícil accés, sense la perícia d'un entrevistador (Del Val i Gutiérrez, 2006). Les característiques de les persones de la mostra eren una dificultat afegida, persones grans en alguns casos amb dificultats de salut diversa. La tècnica de l'entrevista ha afavorit superar aquestes barreres. La preparació de preguntes, juntament amb la creació d'un espai de confiança adequat, assessorar les persones i ajudar-les a reflexionar i a respondre sobre la realitat que s'espera conèixer, ja que «no té sentit preguntar i enregistrar respostes que se basen en una reflexió que no ha estat realitzada» (Ballester, 2004, p. 94). Ens aproximam a l'objecte amb la consideració dels defectes de la tècnica, en relació amb el paper que hi juga l'investigador (Del Val i Gutiérrez, 2006), però també sabem que es pot posar de manifest una realitat que no existia fins aquell moment: «és el resultat del discurs subjectiu de l'entrevistat [...] l'evidència no existia fins que se va gravar» (Ballester, 2005, p. 110).

Les preguntes de l'entrevista a les persones grans es van estructurar a partir de quatre blocs: 1) relacionades amb aspectes de la identificació del subjecte; 2) motius de residir a les Illes Balears; es tractava de narrar la situació biogràfica anterior, la trajectòria circumstancial que els va conduir fins a la migració i el procés d'assentament; 3) biografia a Espanya, relacions que han tingut, xarxes, família, etc., i 4) situació social actual, relacions amb

altres persones, necessitats principals, etc. Respecte al darrer punt, s'ha comptat amb una tècnica del servei sanitari de la Llar dels Ancians, a la qual s'ha fet una entrevista per cada una de les persones que han participat en l'estudi; això ha servit per confirmar i ampliar la informació sobre la situació actual dels entrevistats.

Característiques de la mostra intencional

Núm.	Perfil	Sexe	Edat	Origen
9 pers.	Usuàries de les residències de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials	3 homes 6 dones	Entre 69 i 94 anys	Argentina, Eslovènia, Holanda, Xile, Perú, Marroc i França
1 pers.	Professional de la salut de la llar dels ancians	Dona	30 anys d'experiència	-

3. Resultats de l'estudi

Es presenten els resultats de la part quantitativa i al següent subapartat els de les entrevistes.

3.1. Dades de residents a les llars dels ancians

Les dades del Consell Insular de Mallorca, relatives a persones que han estat ingressades en el període de 2012 a abril de 2014, a les residències de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), ens permeten identificar algunes característiques demogràfiques de la població estrangera usuària d'aquest servei, juntament amb la resta de població (nascuts en altres comunitats autònomes o a les Illes Balears). Si consideram el lloc de naixement, del total de persones enregistrades (1.972), un 57,6% són nascudes a les Illes Balears; un 38,1% a altres comunitats autònomes i només un 4,4% nasqueren a l'estranger (a pesar d'aquest percentatge són 86 persones). La distribució per sexe presenta de forma global unes diferències marcades semblants, en el sentit que les dones representen gairebé el doble o més dels homes. En aquest sentit, podríem aventurar un factor de supervivència. L'esperança de vida en néixer era el 2000 de 75,5 anys per als homes i de 82,1 anys per a les dones; les darreres dades de l'any 2012, situen l'edat en 79,4 i 84,6 anys, respectivament (IBESTAT, 2012). Encara que no hi ha grans diferències segons l'origen, les dades no són iguals segons aquest i el sexe; la major bretxa entre dones i homes es dona en el cas dels estrangers, un 70,9% de dones davant d'un 29,1% d'homes. Mentre que els nascuts en altres comunitats autònomes presenten el percentatge més baix de dones, un 65,5%. La població nascuda a les Illes Balears se situa en una posició pròxima al percentatge mitjà.

Taula 1 | Residents per lloc de naixement i sexe

		Dona	Home	Grup total
		Fila %	Fila %	Fila %
Zona de naixement	Estranger	70,9%	29,1%	100,0%
	Esp. altres CA	65,6%	34,4%	100,0%
	Esp. Illes Balears	67,1%	32,9%	100,0%
Grup total		66,7%	33,3%	100,0%

Font: Elaboració a partir de les dades del Consell Insular de Mallorca

Centrant-nos en el cas de les persones estrangeres i la distribució per sexe (taula 2), trobam diferències prou importants segons la zona d'origen. Les dones són majoria en tots els casos, però on més diferència hi ha és en els procedents de Llatinoamèrica, 77,8%, i la Unió Europea 72,4%, i és més equilibrat en el cas del Magreb, 55,6% de dones i 44,4% d'homes.

Taula 2 | Residents estrangers i sexe

		Dona	Home	Total
		Fila %	Fila %	Fila %
Zona d'origen	A. Ilatina	77,8%	22,2%	100,0%
	Magreb	55,6%	44,4%	100,0%
	Unió Europea	72,4%	27,6%	100,0%
	Altres		100,0%	100,0%
Grup total		70,9%	29,1%	100,0%

Font: Elaboració a partir de les dades del Consell Insular de Mallorca

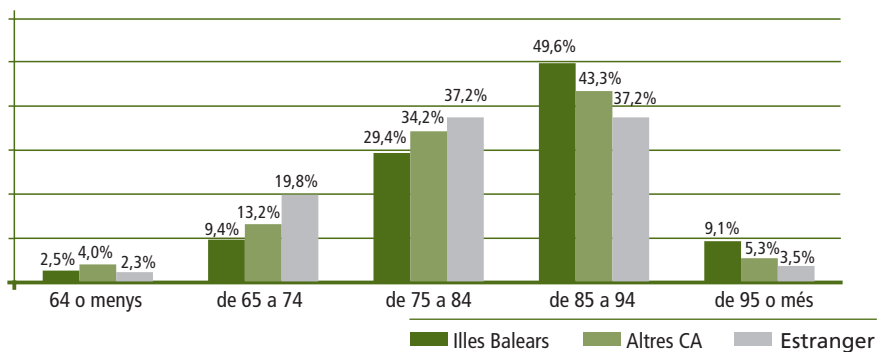
Per aprofundir una mica més en aquesta qüestió, podem contemplar l'estat civil d'aquestes persones (taula 3). El percentatge més important correspon a les persones viudes, un 47,3%; mentre que les separades o divorciades representen un percentatge més reduït. Si contemplam les dades globals i les de cada grup d'origen, podem observar algunes tendències. Tots els grups presenten dades semblants al global: en primer lloc, hi ha les persones viudes, en segon, les fadrines, en tercer, les casades i, en quart, les separades o divorciades. Intuïm que hi ha algun factor pertorbador, relacionat amb l'origen i les arrels generacionals, les xarxes socials i les familiars conseqüents, etc., tal vegada també relacionat amb el procés migratori mateix. Per exemple, en el cas dels separats o divorciats, es presenta una tendència de progressió que pràcticament augmenta la presència al doble: nascuts a les Illes Balears un 6,0%; en altres comunitats autònomes un 12,4% i a l'estranger un 22,1%. Resulta curiós el cas dels fadrins i els casats que tenen menys presència en els estrangers.

Taula 3 | Residents per estat civil i lloc de naixement

	Zona de naixement			Total
	Estranger	Esp. altres CA	Illes Balears	Columna %
	Columna %	Columna %	Columna %	
Fadri/na	16,3%	26,0%	25,4%	25,2%
Casat/da	10,5%	16,1%	20,4%	18,4%
Vidu/a	51,2%	45,5%	48,2%	47,3%
Separat/da o divorciat/da	22,1%	12,4%	6,0%	5,5%
Grup total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: Elaboració a partir de les dades del Consell Insular de Mallorca

Trobam diferències en la distribució per grup d'edat [gràfic 1]. Pareix que la població nascuda a les Illes Balears es concentra principalment en el grup de 85 a 94 anys; en el cas dels nascuts en altres comunitats autònomes hi ha una lleugera variació i estan més distribuïts entre els grups de 75 a 84 i de 85 a 94, encara que hi ha més concentració en el darrer grup. Podem construir, a partir de l'origen, una gradació relacionada amb més o menys arrels generacionals: Illes Balears, altres comunitats autònomes i l'estranger. Partint d'aquest continu tindria cabuda una hipòtesi: l'origen podria tenir relació amb l'extensió de xarxes de suport social i familiar. Considerant això, ens podem fixar en el gràfic i observar com la tendència mencionada, sobre la distribució per edat, encara augmenta més en el cas dels estrangers, que tenen percentatges semblants en els grups d'edat mencionats i fins i tot tenen una presència important en el de 65 a 74 anys. Pareix que l'origen podria ser un factor a considerar quant a la distribució central o perifèrica dels grups d'edat; cas significatiu també en les persones de 95 o més anys. Les persones amb més suport sociofamiliar podrien retardar o evitar l'entrada a les residències.

Gràfic 1 | Residents segons origen i grup d'edat

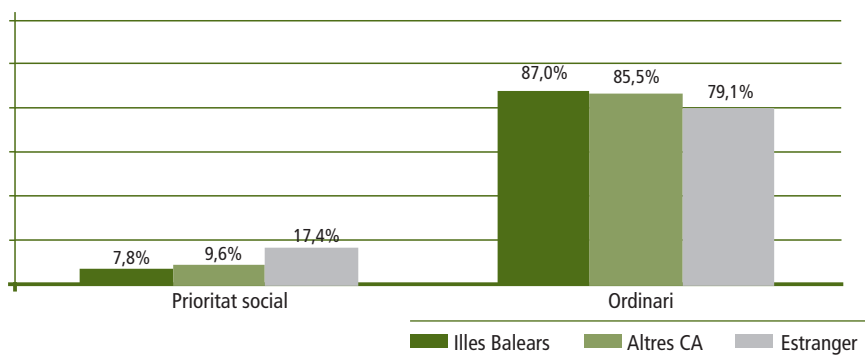
Font: Elaboració a partir de les dades del Consell Insular de Mallorca

Per acabar amb aquesta anàlisi quantitativa, considerarem la forma d'ingrés a la residència. Distingim els següents tipus:

- Ingrés ordinari: Són les persones que van ingressar pel sistema antic (IMSERO) o des de l'any 2010 a través de dependència.
- Ingrés temporal: Ingrés per un període determinat a un centre (vacances, recuperació hospitalària, convallescència del cuidador...).
- Ingrés per prioritat social: Persona amb les variables de necessitat d'atenció prioritària (persones sense llar, exclusió social, maltractaments, sense capacitat per al desenvolupament de la vida diària...).
- Ingrés per trasllat: Derivat d'un altre centre.
- Ingrés per reagrupament: Algun membre de la seva família (habitualment la parella), ha aconseguit una plaça en el centre a través del sistema ordinari i ha demanat poder seguir vivint amb la seva parella al centre.

Els casos més corrents de tipus d'ingrés són, en primer lloc, pel sistema ordinari (pràcticament la gran majoria) i en segon lloc per una qüestió de prioritat social [gràfic 2]. Aquestes dades tornen a mostrar diferències graduals, segons el factor d'origen i el continuu: Illes Balears, altres comunitats autònomes i l'estranger. A mesura que l'origen és més extern augmenten els casos d'ingrés com a prioritat social. Així, els estrangers presenten la taxa més alta, un 17,4%, els d'altres comunitats autònomes, un 9,6%, i un 7,8% en el cas de les persones nascudes a les Illes Balears. Situació que, a més, es constata en la informació recollida a través de les entrevistes.

Gràfic 2 | Residents segons origen i tipus d'ingrés



Font: Elaboració a partir de les dades del Consell Insular de Mallorca

3.2 Algunes particularitats obtingudes de les entrevistes

A partir de la lectura i l'anàlisi de les entrevistes, s'entreu una relació directa amb les conclusions d'estudis anteriors, com els de Salvà (2001), lligades amb el tipus de procés migratori, relacionat, en bona mesura, pel que l'autor denomina model Nova Florida. Amb algunes consideracions especials, varen venir per residir en aquell moment i no tant com a espai de retir; bona part d'aquesta immigració és més residencial per motius d'atractiu de les illes i no tant com a espai per retir, encara que les circumstàncies de la vida els varen dur a elegir aquest lloc com a destinació per al final de la seva vida.

A excepció d'un cas (l'entrevistat d'Eslovènia), la resta de persones varen gaudir en la infància o la joventut una situació social i econòmica solvent o molt elevada, adscrita a la posició de la seva família, descendents d'aristòcrates, diplomàtics i altres trajectòries de classe alta o mitjana (comerciants, petita burgesia), però amb recursos com per poder viatjar i triar un lloc per viure d'acord a les seves inquietuds personals, i no tant per necessitat, com pot ser el cas de bona part de la immigració actual. N'hi ha que migraven tot fugint de règims polítics contraris a les seves conviccions o simplement per seguretat, algunes de les persones provenen d'Amèrica Llatina: «a l'Argentina les coses també són molt inestables, hi ha molts desapareguts, a la meua germana se l'endugueren i mai varem saber més d'ella.» (e. 11 1); «Al Perú es desencadenà una onada de violència causada pel Sendero Luminoso [...]. Vàrem perdre el meu pare i altres familiars», o de l'Europa de l'Est (l'antiga Unió Soviètica), que cercaven un lloc fora del sistema comunista: «No m'agradava la mentalitat russa que ens inculcaven. Em sentia asfixiat» (e. 3). Altres varen acabar aquí per casualitat, per comentarís sobre les Illes Balears que els arribaven o simplement amb la visita en forma de turistes i que poc a poc es varen instal·lar aquí: «Vaig visitar Mallorca per primera vegada de vacances [...] vaig decidir tornar per a quedar-m'hi als anys setanta» (e. 11).

Protagonistes d'una biografia molt enriquidora, marcada per una vida de viatges, bona formació acadèmica: «el meu treball consistia a donar conferències per diferents països...» (e. 11); contactes amb altes esferes de la cultura: «gaudia de tertúlies, ens trobàvem per llegir i visitar els artistes als seus tallers» (e. 11 1); influència en l'economia i la política, etc.: «al meu pare [...] li varen oferir ser governador a les illes Molucas» (e. 1). Pareix que dins d'aquesta forma de vida, Mallorca, o les illes en general, representaven per a aquestes persones un lloc per excel·lència; una idea vinculada amb l'inici del turisme a les illes i les cases d'estiu residencials. Juntament amb certs personatges famosos, etc., varen arribar als anys seixanta o principis dels setanta, a l'inici del boom turístic. Alguns varen fer feina, de vegades de forma altruista o més vinculada amb les inquietuds personals i la despreocupació pel seu futur; uns altres no varen treballar; alguns varen trobar parella a les illes, però o aquesta ja va morir o no varen acabar de formalitzar els seus enllaços, cosa que afavorí una situació de feblesa socioeconòmica, quan no es varen poder valer per ells tots sols, «l'habitatge estava a nom de la meua examiga i no m'ajudà ni me la deixà per a viure» (e. 3).

El grup d'individus entrevistats és en part heterogeni, tant pel lloc de procedència (Amèrica Llatina, antigues colònies europees a l'Àfrica, Europa) com per la classe social del seu origen. Si bé la majoria procedeixen de posicions una mica privilegiades, alguns cas com a mínim de classe mitjana. Podem trobar que el rol de gènere ha estat un factor decisiu en les característiques concretes de la seva trajectòria vital. Un dels aspectes que crida l'atenció en el grup masculí és la recerca de la llibertat, entesa tant com un aspecte ideològic com un model d'estil de vida; pareix que la millora de les condicions de vida és més un aspecte secundari. Coincideixen a afirmar que, a Mallorca, finalment aconseguiren aquesta llibertat tan desitjada, però també coincideixen a assegurar que aquest tipus de vida els ha conduït a la solitud i a caure «presos» en una forma de vida en la qual no esperaven veure's sotmesos: «Viure a la residència és com si estigués en una presó russa» (e. 3); «em dugueren aquest lloc, no m'agrada en absolut [...] he de viure amb una persona a la meva habitació que ni és de la meva família» (e. 11). En canvi, els queda la compensació d'estar vivint en el «paradís» de la seva elecció (Mallorca). De les seves vivències podem extreure els motius que els van portar a visitar Mallorca, el nivell cosmopolita que emanava dels personatges que l'havien escollit per viure llargues temporades: novel·listes, pintors, poetes, músics, etc. Aquestes icones de la bona vida, les quals van decidir en el seu moment habitar en aquest paratge natural replet de meravelles, designat com a font d'inspiracions: «conèixer Mallorca [...] havia escoltat tantes històries dels artistes que havien passat un temps a l'illa, era poesia per a les meves orelles!» (e. 4).

Quant al grup femení, totes elles van arribar per establir-se a Mallorca sense parella estable. Dues portaven els seus fills, les altres dues no van tenir fills. L'origen social per a dues d'elles era molt alt i els havia proporcionat un estil de vida amb estudis superiors, gran domini de diverses llengües, i tot plegat els va proporcionar diverses experiències i continus viatges al voltant del món: «em convidaren a participar als premis Nobel a Suècia [...]. La primera vegada que vaig venir a Mallorca, la comtessa de Formiguera em va convidar a la seva casa d'estiu» (e. 11).

L'altra cara de la moneda ha estat la duresa amb què el nostre sistema tracta els forans i molt especialment aquells que s'han desviat dels patrons habituals d'integració laboral, social i econòmica. En general, cada un ha viscut de manera diferent el seu ingrés en la institució. N'hi ha que l'accepten mínimament, unes altres que no el suporten i finalment les que s'hi troben bé, perquè reconeixen que hi estan més ben ateses que si no tinguessin aquesta ajuda. Per exemple, la persona holandesa considera que ha viscut joiosa en el seu particular «paradís» veient els ametllers i la mar des de la seva finestra. Mentre que la dona de Xile se sent molt desgraciada en la institució, «una presó», un malson, del qual espera despertar a cada dia que passa. Un dels factors d'enyorança està relacionat amb el seu nivell educatiu, principalment són persones que han viatjat molt, han viscut una vida intensa, coneixen idiomes, algunes han dictat conferències, s'han relacionat amb altres esferes i formes de viure, ara es troben en un context en el qual és molt difícil coincidir

amb una persona que tingui les mateixes inquietuds: «la meva gran passió és la lectura, segueisc amb les meves eternes hores de lectura. Certament, tampoc hi ha molt de què parlar amb els vells d'aquí» (e. 4); «es mostra disgustada per la mancança d'obres a la biblioteca [...] de viure envoltada de gent amb la qual no pot parlar ni del temps» (la tècnica en referir-se a una de les residents estrangeres).

3.3. Conclusions de les entrevistes

Totes les persones tenen una història comuna: van sofrir en el seu moment la pèrdua de poder adquisitiu, cosa que els ha obligat a recórrer als serveis socials per sobreviure. Si tenen fills, aquests van partir a la recerca de la seva pròpia vida, alguns han tornat al país d'origen. La professional sanitària entrevistada ens conta algunes circumstàncies personals, en la majoria el factor migratori ha condicionat de forma notable la mancança de xarxes familiars, alguns conserven família directa, però a l'estranger i únicament mantenen contacte a distància, altres reben alguna visita d'amistats que conserven. Han vist el seu projecte de vida viatger i la recerca d'un determinat estil de vida, representat en les Illes Balears, truncat per l'edat i la salut, i alguns d'ells romanen en un ambient social, el de la institució i els altres residents, en el qual no troben el seu espai de comunicació amb la resta, això els condiona a viure més en soledat. Macías, Orte i Ballester (2013) destaquen el grau en què és considerat, per les persones grans, el fet de valer-se per elles mateixes i mantenir bones relacions familiars i socials, com un dels aspectes de la seva qualitat de vida. Factors molt minvats en els cas dels entrevistats. Respecte de les necessitats socials en general, són semblants a les de la resta de residents, ja que aquestes són una condició *sine qua non* per poder optar a una plaça en una de les residències de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

Agraïments

Volem agrair a Sofia Alonso Bigler, responsable en funcions d'atenció a la dependència, de l'IMAS, la seva disponibilitat a l'hora de facilitar-nos les dades del Consell Insular de Mallorca. A la tècnica sanitària que ens va facilitar informació dels residents (conservam el seu anonimat a petició seva) i als vertaders protagonistes d'aquesta història, les persones que desinteressadament ens obriren els seus records d'una vida apassionant, gràcies als quals hem pogut redactar aquest article: Ankie M.; Antonia G.; Boumir P.; Fernando C.; Jaime C.; María J.; Matilde de G.; Petronella W.; Rosario M.

Referències bibliogràfiques

Amer, J. i Pozo, R. (2012). Envel·liment i jubilats europeus a Calvià. Elements per a un diagnòstic (p. 77-96). Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2012*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

Ballester, L. (2004). La metodología de las ciencias sociales en los últimos trabajos de Pierre Bourdieu. *Sistema*, 182, p. 75-103.

Ballester, L. (2005). El análisis semántico y pragmático de las entrevistas de investigación. *Empiria*, 11, p. 107-129.

Ballester, L., Pascual, B. i Vecina, C. (2014). Redes sociales, políticas públicas y capital social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 61, p. 1-43. [En línia] <<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/vecina7.pdf>>.

Ballester, L., Santiago, J. y Sastre, T. (1996). Representaciones sociales de las necesidades de las personas mayores. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía social*, 13, p. 61-70.

Callejo, J. i Viedama, A. (2006). *Proyectos y estrategias de investigación social: la perspectiva de la intervención*. Madrid, McGraw-Hill.

Del Val, C. i Gutiérrez, J. (2006). *Prácticas para la comprensión de la realidad social*. Madrid, McGraw-Hill.

Hernández, S., Pozo, C. i Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. ¿Efectos directos o amortiguadores?. *Boletín de Psicología*, 80, p. 79-96.

IBESTAT (ed.) (2012). *Demografía. Taules de mortalitat*. Institut Balear d'Estadística de les Illes Balears.

Macías, L., Orte, C. i Ballester, L. (2013). Avaluació de la qualitat de vida en persones grans que fan un programa educatiu. Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2013*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

Lluch, F. D. (2010). 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 (p. 17-74). Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2010*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

Riera, A. (dir.) (2009). *Informe econòmic i social de les illes balears, 2008*. Palma, Sa Nostra, Caixa de Balears.

Salvà, P. (2001). Les illes Balears com espai de cruïlla de la mobilitat demogràfica intermediterrània i intercontinental (p. 49-62). D. A. *La immigració a les Balears (2000-2001)*. *Estudis sobre història, geografia humana i realitat social*. Palma, Lleonard Muntaner.

Salvà, P. (2004). La realidad geodemográfica de las Islas Baleares: Pautas de la evolución de su población y el impacto de los flujos inmigratorios (p. 47-67). Taguas, D. (dir.). *Situación: Serie de Estudios Regionales 2003*. Madrid, Servicio de Estudios BBVA.

Vecina, C. (2008). *Representaciones sociales, prensa, inmigración y escuela. El caso de Son Gotleu*. Palma, Universitat de les Illes Balears. [En línia] <<http://hdl.handle.net/10803/32148>>.

Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R. i Weir, J. (1991). Social networks, social support and their relationship to depression among immigrant Mexican women. *Human Organization*, 50 (2), 154-162.

Autors

CARLOS VECINA MERCHANT

Palma, 1969. Doctor en ciències de l'educació (UIB), llicenciat en sociologia i ciències polítiques (UNED), diversos postgraus relacionats amb temes socials. Ha estat sociòleg i tècnic comunitari desenvolupant i assessorant diversos projectes d'intervenció i d'investigació social (Ajuntament de Palma, Institut Marco Marchioni, Universidad Autónoma de Madrid, Ajuntament de Barcelona i altres institucions). Va ser adjunt a la direcció de la Unión de Asociaciones de Personas con Discapacidad de Baleares. Actualment és professor tutor a la UNED, professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i tècnic comunitari al Grup d'Educadors de Carrer i Treball amb Menors (GREC), desenvolupant el projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural a Palma (Obra Social "la Caixa").

CONCEPCIÓ POU SOLER

Girona, 1960. Llicenciada en antropologia social i cultural (UNED), postgraduada en cooperació pel desenvolupament (UIB) i en cooperació internacional (Fundació UNED). Actualment és professora tutora a la UNED. Ha dut a terme projectes d'investigació en l'àrea d'educació per al desenvolupament i cooperació pel desenvolupament. Actualment treballa amb projectes per al desenvolupament comunitari a Gàmbia i a l'Institut d'Afers Socials (IMAS), del Consell de Mallorca des l'any 1990, al Departament de Medicina Geriàtrica i Rehabilitadora.

**COM ENVELLEIXEN
LES PERSONES AMB DISCAPACITAT I
MALALTS MENTALS DE L'ILLA D'EIVISSA**

Com envelleixen les persones amb discapacitat i malalts mentals de l'illa d'Eivissa

Javier Ruiz Blanco

Andrea Ramón Candela

Lorena Expósito Irigaray

Ana Serra Devesa

Resum

L'obertura dels nous centres residencials a l'illa d'Eivissa i, sobretot, el Centre Polivalent de Can Raspalls per a persones amb discapacitat i malalts mentals, ens va fer reflexionar en la necessitat de veure com és l'envelliment en aquestes persones.

Hem intentat plasmar el treball que realitzem des del Consell Insular d'Eivissa, amb aquestes patologies, des que va ser constituït el Consell d'Eivissa i Formentera l'any 1979.

Hem fet un recull històric des que l'any 1981, els malalts mentals institucionalitzats a Palma varen ser traslladats a l'illa d'Eivissa, en primer terme a l'antic Hospital Insular d'Eivissa i posteriorment a l'Hospital Residència Assistida Cas Serres.

També es remarca el treball que es realitza al Consell Insular d'Eivissa, des de l'any 1989, amb persones amb discapacitat, mitjançant la realització de tallers i programes. Feim menció al cens de l'illa d'Eivissa de persones amb aquestes patologies.

Han passat més de tres dècades des que el Consell Insular d'Eivissa treballa amb aquest col·lectiu; per això, és una vertadera necessitat saber com envelleixen, quins trastorns pateixen i quins són els recursos més adequats, tant a nivell institucional com a domicili, per fer-hi front: Can Raspalls pot ser el punt de partida.

Resumen

La apertura de los nuevos centros residenciales en la isla de Ibiza y sobre todo el centro polivalente de Can Raspalls para personas con discapacidad y enfermos mentales, nos ha hecho reflexionar sobre la necesidad de ver como envejecen estas personas.

Hemos intentado plasmar el trabajo que realizamos desde el Consell Insular d'Eivissa, con estas patologías, desde que se constituyó el Consell d'Eivissa y Formentera en el año 1979.

Hemos reunido información histórica desde que en el año 1981 los enfermos mentales institucionalizados en Palma de Mallorca fueron trasladados a la isla de Ibiza, en primer lugar, al antiguo Hospital Insular de Ibiza y posteriormente al Hospital Residencia Asistida Cas Serres.

También se remarca el trabajo que se realiza en el Consell Insular d'Eivissa desde el año 1989, con personas discapacitadas, mediante la realización de talleres y programas. Mencionamos el censo de la isla de Ibiza, de personas con estas patologías.

Han pasado más de tres décadas que desde el Consell Insular d'Eivissa se trabaja con estos colectivos, por lo cual, es una verdadera necesidad saber como envejecen, que trastornos sufren y cuales son los recursos más adecuados tanto a nivel institucional como en domicilio, para poder afrontarlos: Can Raspalls, puede ser el punto de partida.

1. Introducció

1.1. Breu relat històric de la psiquiatria a l'illa d'Eivissa

Fins a 1974 no hi va haver cap psiquiatre/a a Eivissa i Formentera. Aquell any es va convocar una plaça de neuropsiquiatria que havia creat el Ministeri de Sanitat per a l'àrea d'Eivissa i Formentera. Aquesta plaça va ser l'embrió del Servei de Psiquiatria del Consell Insular d'Eivissa i Formentera, precursor dels serveis de salut mental que actualment gestiona l'Ib-Salut. Les places com la que es va cobrir el 1974 no estaven jerarquitzades, és a dir, no depenien de cap departament sanitari. L'especialista disposava d'un despatx durant dues hores, i en aquell temps havia d'atendre tots aquells casos psiquiàtrics i neurològics que fossin remesos pels metges de capçalera (en aquells dies no hi havia cap plaça de neurologia en la Seguretat Social). Podia ser entre quinze i vint el nombre de pacients que es tractaven cada dia, però el titular de la plaça no podia disposar del despatx per a més de dues hores, ja que a continuació un altre especialista d'una altra àrea (cardiologia, ginecologia, etc.) havia de ocupar durant el mateix temps. És evident que, en aquelles condicions, era molt difícil, per no dir impossible, poder tractar amb un mínim de qualitat els pacients, i no diguem els psicòtics i aquells que avui enquadrem en el concepte de trastorn mental greu. Però abans que es creés i s'ocupés la plaça de neuropsiquiatria encara era pitjor l'assistència als trastorns mentals a les illes Pitiüses, ja que no hi havia cap professional que ho fes. Què es feia llavors quan es presentaven quadres d'agitació psicomotriu, deliris aguts, trastorns greus de conducta o psicosis florides? Es feia el mateix que en qualsevol altra localitat espanyola: es recorria a la força pública per conduir la persona alienada a l'hospital psiquiàtric que correspongués. En el cas d'Eivissa i de Formentera se'ls traslladava, generalment custodiats per la Guàrdia Civil, en el vaixell que feia la travessia d'Eivissa a Mallorca, per ser ingressats a la Clínica Mental de Jesús que, com tots els psiquiàtrics públics d'Espanya, es gestionava des de les institucions de beneficència, les diputacions. A les Balears aquesta funció l'exercia el Consell de Mallorca. El protocol per als ingressos en contra de la voluntat del pacient era molt simple fins que va canviar la llei el 1983: es precisava la signatura de dos metges (no calia que fossin psiquiatres) i un representant de l'ajuntament on resideix el pacient. No hi intervenien ni jutges ni forenses. Amb aquests informes la força pública s'encarregava de fer l'ingrés, per les bones o per les males. D'aquesta manera varen ingressar al psiquiàtric de Palma un nombre indeterminat d'eivissencs, uns per un

període de temps que oscil·lava entre unes poques setmanes i uns mesos, altres durant anys o indefinidament.

A final dels setanta hi havia entre vint i trenta pacients a l'hospital psiquiàtric de Palma. Des que es va crear la plaça de neuropsiquiatria la remissió de pacients a Mallorca es realitzava amb la intervenció del psiquiatre, la qual cosa suposava un criteri i un filtre més adequats a l'hora de decidir un ingrés, però les dificultats per tractar adequadament els casos més greus obligaven a seguir enviant pacients a Mallorca. Va ser llavors quan, després de reflexionar i fer càlculs sobre l'assumpte, es va comprovar que cada any el Consell d'Eivissa havia de pagar una quantitat elevada de pessetes al Consell de Mallorca per cadascun dels pacients pitjors ingressats a la Clínica Mental de Jesús. L'alternativa a aquesta despesa seria la creació d'un servei de psiquiatria que evités l'enviament continuat de pacients a l'illa major i, a més, s'encarregués de recuperar la major part dels que estaven ingressats per tractar-los en el seu propi entorn, ambulatoriament. Per poder dur a terme aquest doble objectiu calia una plantilla amb tres psiquiatres, un psicòleg clínic i personal d'infermeria i auxiliars de clínica per cobrir torns de 24 hores. L'espai, amb unes dotze llits, estava disponible a l'Hospital Insular, que llavors ocupava el lloc que ara és la seu del Consell d'Eivissa. Fent el càlcul, el cost d'aquest equip era inferior al de l'estada de desenes de pacients a l'illa de Mallorca. Aquest pla servia tant per aconseguir una millor atenció dels malalts mentals d'Eivissa com perquè les institucions locals s'apuntessin un èxit polític, i tot això sense cost econòmic. Lògicament, aquest últim va ser un factor definitiu a l'hora de decidir la creació d'un servei de psiquiatria.

El 1981 es va crear el servei. Les prestacions incloïen consultes externes diàries durant els matins, hospitalitzacions quan es necessitaven i seguiment posterior a l'alta. Tal com s'havia planificat, els professionals de la unitat de psiquiatria es van encarregar, a més de l'anterior, de visitar al Psiquiàtric de Palma aquells pacients eivissencs que podrien seguir el tractament al seu domicili, tant amb visites freqüents a la unitat de psiquiatria de l'Hospital Insular com ingressant-hi quan hi hagués descompensacions. Durant 1981 i 1982 es va iniciar aquesta "repesca" de pacients, i a partir de 1983 es van anar portant pacients fins que a mitjan anys vuitanta no va quedar més que un eivissenc ingressat a Mallorca.

El Servei de Psiquiatria i la seva unitat d'hospitalització atén tota la patologia psiquiàtrica de residents i transeünts, sense remetre cap cas al Psiquiàtric de Palma, fins a la seva desaparició el 1989, any en què l'Insalud va crear la Unitat d'Hospitalització Breu a l'Hospital de Can Misses, ja que, després de la reforma sanitària, la salut mental s'havia convertit en una competència del sistema nacional de salut.

Aquells malalts que no varen poder adaptar-se al seu entorn després de diversos anys de residència al Psiquiàtric, bé per la seva pròpia patologia, bé per tenir una edat avançada que els impedia acostumar-se a qualsevol situació que no fos l'internament, varen passar

a ocupar un llit a l'Hospital Insular, on varen ser atesos pel personal de la institució i pel servei de psiquiatria, ja que aquest ocupava la planta baixa del mateix edifici. A causa de deficiències arquitectòniques a l'edifici va ser necessària la creació d'un nou centre, així, el 7 de març de 1993 va ser inaugurat el nou Hospital Residència Assistida de Cas Serres, on varen ser traslladats aquestos pacients majors amb patologia psiquiàtrica, centre en funcionament a dia d'avui.

1.2. Breu relat històric de la discapacitat a l'illa d'Eivissa

Transcorre l'any 1970. En l'àmbit territorial de les Pitiüses, a nivell d'ensenyament, no hi ha cap centre oficial ni particular especialitzat que presti atenció als nens amb retard o discapacitat.

Es dona el cas que un dels pares afectats recorre a un centre particular d'ensenyament, per tal d'ingressar el seu fill, que pateix una paràlisi cerebral. En principi i per part del professorat s'accepta, però més tard rep la notícia que no és acceptat per part dels pares dels alumnes del centre.

Davant d'aquestes perspectives, entre el cas esmentat i la consciència de molts de pares i davant la necessitat que els seus fills puguin ser atesos i escolaritzats degudament, tenen lloc una sèrie de contactes i reunions, que culminen en una convocatòria, a l'àmbit pitiús, per a la celebració d'una reunió el tema de la qual és tractar el problema que afecta el col·lectiu.

Amb una convocatòria prèvia a la premsa, el dia 11 de setembre de 1970, a la sala d'actes de l'Ajuntament, té lloc una reunió de pares de nens i adolescents minusvàlids, d'on emergeix un projecte d'associació que englobi el col·lectiu de pares, i s'acorda nomenar una junta gestora per a la tramitació de tota la documentació que fos necessària.

Finalitzats els tràmits corresponents, segons la Llei d'associacions de 1964, es convoca, per al 10 de maig de 1971, una junta per a la constitució de l'Associació que es denominarà Associació de Pares de Nens i Adolescents Subnormals d'Eivissa i Formentera (ASPANASIF). Hem de subratllar que el terme "subnormal" que era, en aquell temps, el que normalment predominava, a l'àmbit estatal, en totes les associacions, avui és considerat un terme pejoratiu, motiu pel qual s'ha exclòs i substituït pel de "disminuït".

Les primeres gestions van estar orientades a la consecució d'unitats d'Educació Especial.

Perquè el projecte arribés a bon fi, donades les circumstàncies poc favorables pel que fa a la conscienciació dels estaments oficials, en aquells moments, l'associació va prendre la iniciativa llogant dos locals al barri de Cas Serres de Dalt, que oferí a l'Ajuntament d'Eivissa

perquè, al seu torn, fossin oferts al Ministeri d'Educació i Ciència, per a la ubicació de dues unitats d'Educació Especial.

L'any 1981 es va fundar el Patronat per a la Protecció de la Salut Mental i Benestar Social d'Eivissa i Formentera, la presidència de la qual exercí des de la seva fundació el president del Consell Insular d'Eivissa i Formentera.

L'any 1987, el Patronat per a la Protecció de la Salut Mental i Benestar Social d'Eivissa i Formentera, conscient de les necessitats de la població discapacitada creà i gestionà els Tallers Ocupacionals, situats en un inici a Can Sifre. El seu objectiu fonamental era oferir un recurs terapèutic a un grup de persones adultes amb discapacitat psíquica, que a causa de l'escassetat de recursos, i a la demanda d'un grup de pares canalitzada per una associació dita ASPANADIF. Alhora l'INSERSO de Balears aollint-se als Programes d'Integració Laboral del Minusvàlid, posa en marxa un curs de Formació Professional Ocupacional de Ceràmica, ubicat també a l'Edifici de Can Sifre.

En aquell moment a Eivissa, la situació i el context de l'assistència, educació i tractament de la persona amb discapacitat era molt precària, i es mancava d'una xarxa de recursos, que donessin una resposta reglada i organitzada.

Des de la seva creació els Tallers Ocupacionals tenien per funció oferir a la persona amb discapacitat psíquica una oferta terapèutica global i això s'ha anat plasman en tot el procés d'ampliació i tecnificació tant d'activitats com de l'equip terapèutic.

L'any 1996, aquest Centre es trasllada a l'IES Algarb a l'espera de la creació de l'edifici polivalent en el qual actualment estan ubicats, a Cas Serres.

El 30 d'octubre de 1997 es va inaugurar el Centre de Serveis Socials de Cas Serres, creant-se la Secció d'Atenció, Tractament i Integració de Persones amb Discapacitat i el 2003 amb l'obertura del Centre de rehabilitació psicosocial i laboral de malalts mentals, actualment centre de dia de persones amb malaltia mental, la Secció va assumir la part de Salut Mental que li corresponia segons el Pla de Salut Mental de les Illes Balears, passant a ser la Secció d'Atenció, Tractament i Integració de Persones amb Discapacitat i Salut Mental.

El març de 2001 va ser inaugurat el Centre Polivalent Can Raspall d'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual i malalts mentals, amb l'obertura de només els centres de dia. De caràcter sociosanitari destinat a servir com a habitatge permanent de llarga estada i centre d'estades diürnes que ofereix allotjament i atenció integral continuada i especialitzada per a aquest col·lectiu. Té com objectiu millorar la qualitat de vida, el benestar subjectiu i la satisfacció amb el propi procés de suport dels usuaris, proporcionant l'ajuda i els estímuls necessaris per desenvolupar al màxim les seves capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i socials.

El 2013 El Centre Base Direcció General de Serveis Socials del Govern Balear va registrar un cens de la població amb discapacitat, a l'illa d'Eivissa hi ha un total de 5.870 persones amb discapacitat, 751 amb discapacitat intel·lectual i 1.118 amb diagnòstic de trastorn mental.

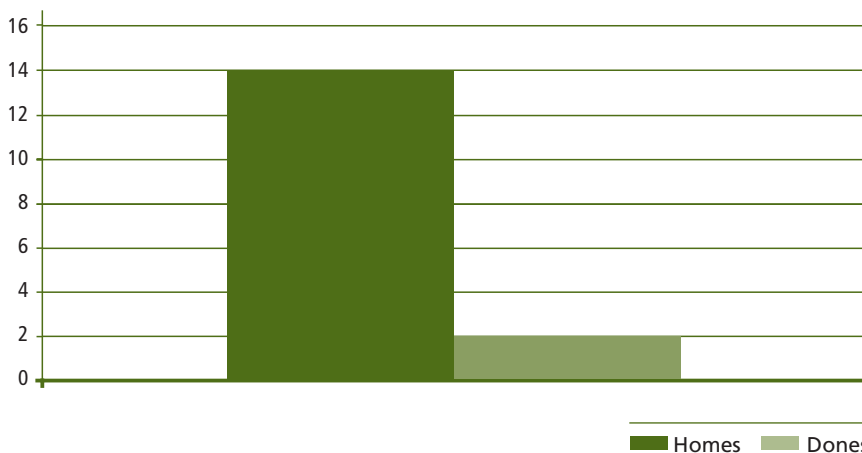
1.3. Els malalts mentals traslladats

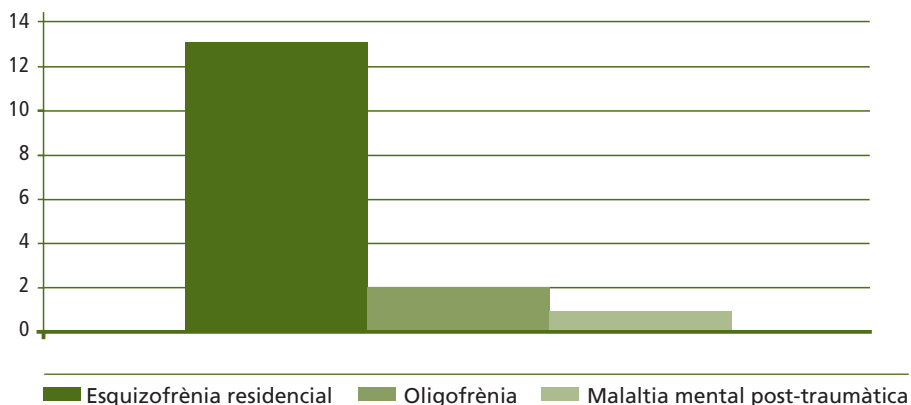
El 1981, vint-i-tres malalts mentals crònics ingressats a Palma varen ser traslladats a l'antic Hospital Insular, depenent del Consell Insular d'Eivissa i Formentera. Es va intentar que aquests malalts poguessin retornar majoritàriament als seus entorns familiars, tenint el suport de la unitat de psiquiatria d'aquest Hospital. En alguns casos no va poder ser possible aquesta adaptació i molts d'ells varen seguir amb el règim de mitjana i llarga estada en aquest centre hospitalari.

El 1993, amb la inauguració del nou Hospital Residència Assistida de Cas Serres, encara varen ser ingressats 16 d'aquests pacients a aquest nou hospital-residència assistida. D'aquests 16 pacients, 14 eren homes i 2 eren dones.

El diagnòstic principal d'aquests malalts eren: 2 oligofrènia, 13 tenien esquizofrènia residual, i 1 tenia malaltia mental posttraumàtica. Tots aquests malalts es varen adaptar perfectament a la vida residencial, no fent ingressos de repetició a la unitat de psiquiatria, ubicada a l'Hospital de Can Misses. Només dos malalts van morir amb edats inferiors a 65 anys, els altres 14 varen morir amb una edat superior als 65 anys, amb patologies que no es diferenciaven significativament dels altres residents.

Gràfic 1 | *Pacients ingressats per sexe*



Gràfic 2 | Patologies dels pacients ingressats

2. Metodologia

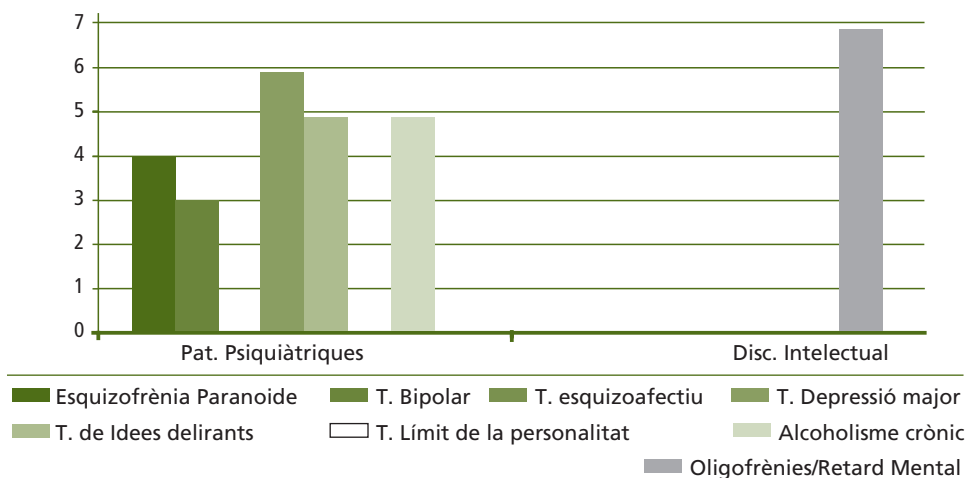
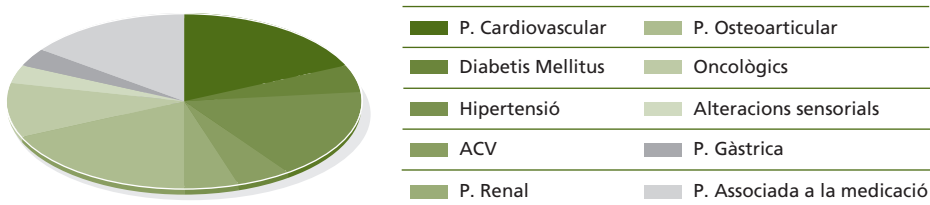
Han passat quaranta anys des que el primer neuropsiquiatre va arribar a Eivissa. Fins i tot la nomenclatura en les patologies ha canviat. Agafant com a premissa un treball presentat per l'HRA de Cas Serres al I Congrés de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia hem intentat fer un recull de pacients malalts mentals crònics ingressats a tres centres residencials d'Eivissa, per fer una aproximació a les patologies orgàniques que pateixen aquests malalts i poder veure així com envelleixen.

2.1. Mostra de usuaris majors de 65 anys amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual ingressats a l'Hospital Residència Assistida de Cas Serres

Determinar la incidència de patologia orgànica de pacients afectats de patologia psiquiàtrica crònica ingressada en un centre residencial.

Com a criteris d'inclusió hem determinat: 30 pacients majors de 60 anys amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual de llarga evolució que determina que no poder estar al domicili, amb 2 anys d'ingrés residencial sense haver-hi recurs alternatiu per donar d'alta.

Font d'informació: Pòster: Patologia Orgànica de malalts psiquiàtrics crònics ingressats a l'Hospital Residència Assistida de Cas Serres presentat al I Congrés de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Gràfic 3 | Patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual**Gràfic 4 | Patologies orgàniques associades**

Resultats: la patologia osteoarticular i l'associada a la medicació psicotròpica es la més freqüent, seguida de la hipertensió, patologia cardiovascular, alteracions metabòliques.

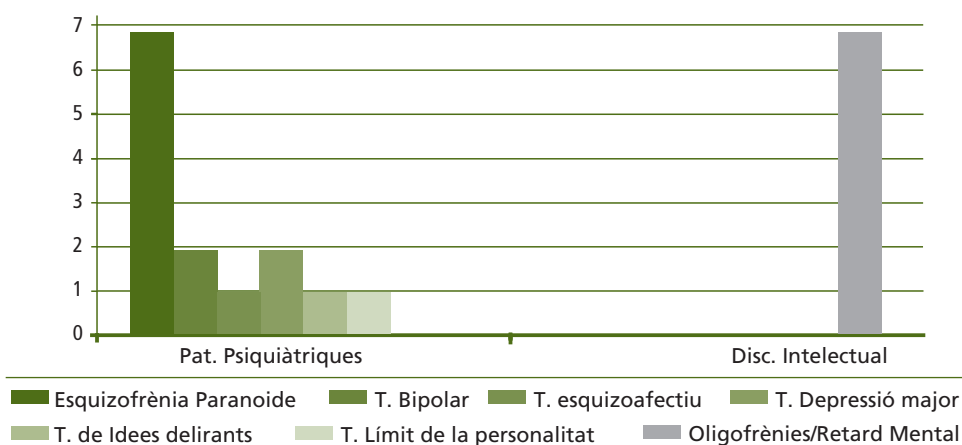
2.2. Mostra de usuaris majors de 65 anys amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual ingressats a la Residència Can Blai

Determinar la incidència de patologia orgànica de pacients afectats de patologia psiquiàtrica crònica ingressada en un centre residencial.

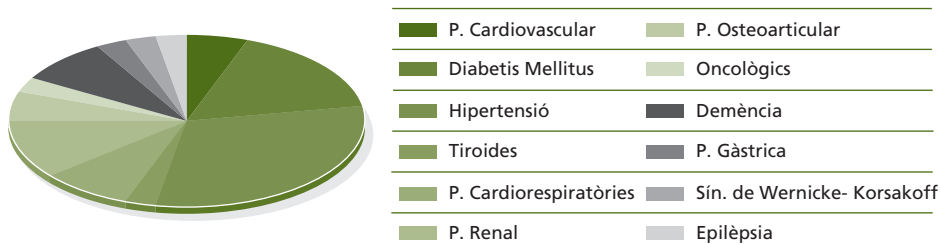
Com a criteris d'inclusió hem determinat: 19 pacients majors de 60 anys amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual de llarga evolució que determina que no poder estar al domicili, amb 2 anys d'ingrés residencial sense haver-hi recurs alternatiu per donar d'alta.

Font d'informació: Departament Mèdic de la Residència Can Blai

Gràfic 5 | Patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual



Gràfic 6 | Patologia orgànica associada



Resultats: la hipertensió i la diabetis mellitus són les més freqüents, seguides de la patologia renal, demència, patologia cardiorespiratòria i la patologia cardiovascular.

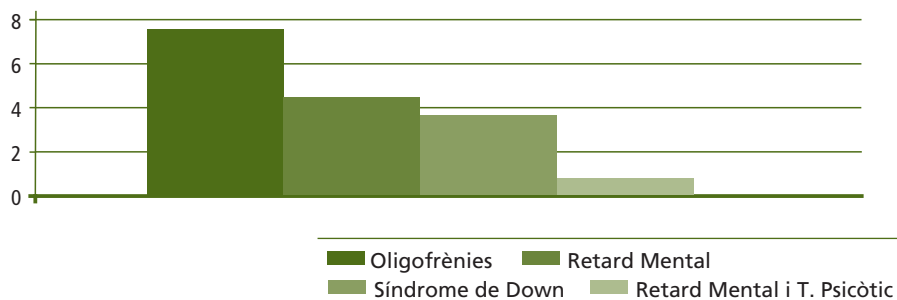
2.3. Mostra d'usuaris del Centre de Dia de persones amb discapacitat intel·lectual entre 45 i 55 anys.

Determinar com afecta el procés de l'envelliment les persones amb discapacitat intel·lectual entre 45 i 55 anys.

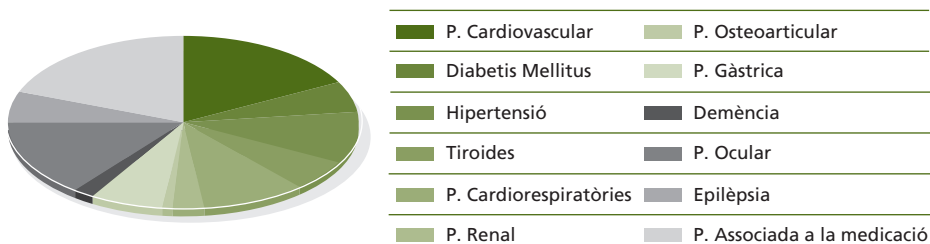
Com a criteris d'inclusió hem determinat: 20 pacients entre 45 i 55 anys amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual de llarga evolució que determina que no poder estar al domicili, amb 2 anys d'ingrés al centre de dia sense haver-hi recurs alternatiu per donar d'alta.

Font d'informació: Departament d'infermeria del Centre de Dia de persones amb discapacitat intel·lectual del Consell Insular d'Eivissa.

Gràfic 7 | *Discapacitat Intel·lectual. Patologies*



Gràfic 8 | *Patologia orgànica associada*



Resultats: la patologia associada a la medicació i la patologia cardiovascular són les més freqüents, seguida de la patologia ocular, cardiorespiratòries, hipertensió i diabetis mellitus. Destacar la demència en dos dels quatre pacients amb síndrome de Down.

3. Resultats i conclusions

A dia d'avui hem observat:

- Més especificació en el diagnòstic de les malalties mentals. Abans, tot s'englobava en dos o tres grups de malaltia, fins i tot termes que s'usaven els anys setanta a dia d'avui són considerats ofensius.
- Augment de dones diagnosticades de patologia mental, ingressades en centres residencials. Pot ser per l'augment de l'esperança de vida en les dones i/o perquè antigament, les dones amb diagnòstic psiquiàtric estaven menys integrades en la societat i tenien menys visibilitat social.
- La patologia orgànica dels malalts mentals ingressats a centres residencials de l'illa d'Eivissa no té grans variacions entre els altres residents. La patologia cardiovascular, la diabetis, la patologia osteoarticular... com podem veure en els gràfics són les patologies més freqüents amb aquests malats.
- Pacients amb patologies psiquiàtriques i discapacitat intel·lectual de llarga evolució que determina que no poder estar al domicili, amb ingressos de llarga estada sense haver-hi recurs alternatiu per donar d'alta. Tots aquests malalts estan totalment adaptats a les normes de convivència de la vida residencial. Fent ús dels serveis socials i de salut comunitaris bàsics, reduint així els ingressos a la unitat de psiquiatria de manera freqüent, afavorint l'estat psicopatològic del pacient, i el correcte ús dels recursos específics.
- No s'observa una alteració significativa, en les seves patologies orgàniques, a pesar de la presa de psicofàrmacs. Descrivim a continuació els efectes secundaris d'aquests fàrmacs:

Els efectes secundaris dels fàrmacs antipsicòtics, els més utilitzats en els malalts mentals greus, es diferencien clarament segons siguin antipsicòtics clàssics o antipsicòtics de nova generació, també anomenats atípics

Els clàssics, provoquen uns efectes secundaris anomenats extrapiramidals, factor causal del parkinsonisme, patologia idèntica a la de la malaltia de Parkinson. Un altre efecte secundari freqüent amb aquests tractaments és l'anomenada discinèsia tardana, que

consisteix en moviments involuntaris de boca, cara o extremitats que tenen difícil tractament i tendeixen a la cronicitat.

Els antipsicòtics atípics no solen provocar aquests efectes secundaris però sí altres de tipus metabòlic. Els nous antipsicòtics són molt més tolerats però algun d'ells, especialment l'olanzapina, pot generar una síndrome metabòlica, que consisteix en l'augment important de pes juntament amb tendència a la diabetis i augment de lípids totals, colesterol i triglicèrids.

Malgrat aquests secundarismes, la patologia associada a la medicació psiquiàtrica no suposa un augment de la mortalitat en relació amb la població no psiquiàtrica de la mateixa edat. D'altra banda, la millor atenció i el seguiment més professionalitzat d'aquests pacients, en comparació amb els tractaments de dècades anteriors, fan que els efectes secundaris i malalties que puguin estar relacionades amb la medicació tenguin un control i no generin més mortalitat de l'esperada en pacients d'edat avançada.

3.1. Conclusions finals

L'obertura de nous centres residencials a l'illa d'Eivissa i en concret el Centre Polivalent d'Atenció "Can Raspalls" ens han fet reflexionar sobre l'envelliment de les persones amb discapacitat i malats mentals. L'augment de l'esperança de vida en general (a dia d'avui l'esperança de vida de les dones és de 85,61 anys i la dels homes de 79,99 anys) i concretament en aquesta població, constitueix una problemàtica social emergent en els darrers temps, ja que l'actualitat existeix un gran nombre de població amb discapacitat i malaltia mental envers dins del procés d'envelliment. Hem de tenir en compte el procés de l'envelliment combinant el propi procés vital de la discapacitat, juntament amb factors socials complementaris.

El procés de l'envelliment és el conjunt de modificacions morfològiques i fisiològiques que apareixen com a conseqüència de l'acció del temps sobre els éssers vius, però la seva dimensió va més enllà ja que es tracta un procés multidimensional que engloba aspectes biològics, psicològics i socials. L'envelliment en les persones amb discapacitat intel·lectual és un procediment prematur, s'inicia entre el 45 i 50 anys, no en el cas dels malats mentals que iguala a la població en general amb el seu origen entre els 65 i 70 anys.

L'envelliment en les persones amb discapacitat intel·lectual i malats mentals ve clarament condicionada per les seves situacions ocorregudes a llarg del seu cicle vital, l'atenció primerenca, adequada atenció sanitària tant a nivell de prevenció com a nivell d'intervenció i/o tractament, el foment d'hàbits saludables, i la utilització correcta dels recursos sociosanitaris entre altres, incrementen l'esperança de vida de les persones amb discapacitat i malats mentals. També volem remarcar la manca de cuidadors en l'entorn

familiar, l'evolució de la societat, la incorporació de la dona al món laboral i l'esgotament de les famílies que tenen malalts en el seu entorn ens han fet veure la necessitat de crear més recursos. Per tant, veient l'evolució d'aquests pacients discapacitats i malalts mentals al llarg d'aquests 40 anys, en fa reflexionar amb la necessitat de la creació de recursos d'atenció integral com el Centre Polivalent "Can Raspalls" per poder satisfer les necessitats sociosanitàries de les persones amb discapacitat i malalts mentals amb aquestes patologies de l'illa d'Eivissa.

Referències bibliogràfiques

C C, M J, N S, R N, S V, O L, A G, V R. *Patología orgànica de enfermos psiquiátricos crónicos ingresados en HRA Cas Serres de Ibiza*. Pòster presentat en el I Congrés de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia (2009).

Centre base d'atenció a persones amb discapacitats i dependència D.G de Serveis Socials. Conselleria Família i Serveis Social.

FEAPS. *Discapacidad Intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI*. Madrid 2010: Colecció FEAPS nº 12.

Observatori Estatal de la Discapacitat (OED). Ministeri de Sanitat, Serveis Socials e Igualtat. <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/revistas/home.htm>

Institucions col·laboradores

Consell Insular d'Eivissa:

Ruiz, J. Coordinador de l'Àrea Assistencial del departament de Sanitat i Benestar Social.

Hospital Residència Assistida Cas Serres.

Secció d'Atenció, Tractament i Integració de Persones amb Discapacitat i Salut Mental.

Centre de Dia de persones amb discapacitat intel·lectual: Can Raspalls.

Consorci de Gestió Sociosanitària:

Residència Can Blai.

Autors

JAVIER RUIZ BLANCO

Zaragoza, (1953). Llicenciat en Medicina el 1978 per la Facultat de Medicina de la Universitat de Saragossa. Especialista en Psiquiatria el 1983 per la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Psiquiatra adjunt del Servei de Psiquiatria del Consell d'Eivissa i Formentera des de juny de 1983 a juny de 1985. Cap de Secció interí del servei de Drogodependències del Patronat de Salut Mental d'Eivissa i Formentera des de juny de 1985 a juny de 1988 i, des d'aquesta data fins a l'actualitat, titular de la direcció per concurs oposició. Director en funcions del Patronat de Salut Mental i Benestar Social des del 2000 fins a la subrogació del patronat al Consell d'Eivissa el 2005. Coordinador de l'Àrea Assistencial del Departament de Sanitat i Benestar Social del Consell d'Eivissa des d'aquesta subrogació fins a l'actualitat.

ANDREA RAMÓN CANDELA

Eivissa, (1979). Diplomada en Treball Social per l' Escola Universitària de Treball Social de Tarragona (Universitat Rovira i Virgili) al 2001. Treballadora Social de la secció d'Atenció i Tractament a les persones amb Discapacitat i Malalts Mentals del Consell Insular d'Eivissa de novembre 2002 fins abril 2012. Treballadora Social del Consell Insular d'Eivissa al Hogar Ibiza, agots a octubre 2012. Treballadora Social a la Residencia Can Raspalls, del Consorci de Gestió Sociosanitària des de desembre de 2012 fins abril de 2013. Assistència i participació al VIII Congrés Nacional Atenció Sociosanitària: Presentació de la Comunicació Científica "Perfil de socios que no cumplen requisitos de edad en el Hogar Ibiza" i "Actividades Intergeneracionales en el Hogar Ibiza" com a comunicació pòster, octubre de 2012. Treballadora Social i Secretària a TOCU. Associació per a la promoció de l'autonomia, la salut i la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional des de gener de 2013 fins l'actualitat.

LORENA EXPÓSITO IRIGARAY

Alacant, (1982). Diplomada en Teràpia Ocupacional per la Universitat Miguel Hernández, de Elx al 2004. Treballa al Centre de Dia de malalts mentals des de 2005 fins l'actualitat realitzant juntament amb el treball com a terapeuta ocupacional funcions de coordinació. En nombroses ocasions ha compaginat el treball de salut mental amb treballs a l'àrea de tercera edat i demències així como intervenció amb persones amb discapacitat psíquica i treballs com a docent. Assistència i participació al VIII Congrés Nacional Atenció

Sociosanitària: Presentació de la Comunicació "reducció de costos a els serveis de atenció sociosanitària a partir de la Teràpia Ocupacional". Terapeuta ocupacional i vicepresidenta a TOCU, Associació per a la promoció de l'autonomia, la salut i la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional des de gener de 2013 fins l'actualitat.

ANA SERRA DEVESA

Campanet, (1983). Diplomada en Teràpia Ocupacional per la Universitat de Vic, Barcelona al 2008. Ha treballat abarçant diversos àmbits, des del residencial, rehabilitació física, supressió de barreres arquitectòniques, fins al de teràpia ocupacional infantil. A l'actualitat treballa al Centre de Dia d'Atenció a la Dependència de Can Blai. En nombroses ocasions ha compaginat el treball clínic amb treballs a l'àrea d'investigació i docència, com estudis de barreres arquitectòniques, xerrades de promoció de la salut, sessions clíniques de tractament, assistència i participació al VIII Congrés Nacional Atenció Sociosanitària: Presentació de la Comunicació "reducció de costos a els serveis de atenció sociosanitària a partir de la Teràpia Ocupacional". Terapeuta ocupacional i presidenta a TOCU, Associació per a la promoció de l'autonomia, la salut i la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional des de gener de 2013 fins l'actualitat.

PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA DES DE LA LLAR D'EIVISSA

Promoció de l'autonomia des de La Llar d'Eivissa

Antonia Tur Torres

Ana Serapio Costa

Paula Muñoz Tartalo

Virginia Rivero Moreno-Ortiz

Josefa Marí Marí

Agraïments

A tot l'Equip d'Atenció Primària del Centre de Salut de Can Misses

Resum

La Llar Eivissa (La Pau), ubicada en ple cor de la ciutat d'Eivissa, és un centre sociocultural amb quasi vint anys de funcionament.

Aquest centre està canviant, tal com ho fan les necessitats de la societat.

Promocionar l'autonomia i millorar la qualitat de vida de les persones majors és el nostre principal objectiu.

Per tant, a més dels serveis propis del centre, a la Llar estam oferint tota una sèrie de programes interactius on convergeixen els diferents col·lectius de persones majors i professionals dels àmbits biopsicosocials.

Resumen

El Hogar Ibiza (la Paz), ubicado en pleno corazón de la ciudad de Eivissa, es un centro sociocultural con casi 20 años de funcionamiento.

Este centro está cambiando, tal y como lo hacen las necesidades de la sociedad.

Promocionar la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas mayores es nuestro principal objetivo.

Por consiguiente, además de los servicios propios del centro, en el Hogar ofrecemos toda una serie de programas interactivos y participativos, donde convergen los diferentes colectivos de mayores y profesionales de los ámbitos biopsicosociales.

1. Introducció

1.1. Què és la Llar?

La Llar Eivissa és un centre públic obert (servei d'estada diürna, modalitat servei sociocultural), dependent del Consell Insular d'Eivissa, que té com a missió promocionar i organitzar activitats socioculturals de trobada i d'ocupació del temps lliure entre les persones majors d'Eivissa. A més, fomentar la convivència i l'ajuda mútua, així com estimular les capacitats de la gent gran per oferir un envelliment satisfactori que fomenti l'autonomia personal i prevenir la dependència.



Fotografia del far des Botafoc
Font: Ana Serapio Costa

El far des Botafoc: per arribar a bon port tenim a Eivissa aquest far que des de 1861 ha vist arribar tots els canvis de la nostra illa.

No hi ha vent favorable per a aquell que no sap on es dirigeix

Sèneca el Vell

Els objectius i les funcions de la Llar són:

- Potenciar l'autonomia personal.
- Facilitar l'accés a les activitats socioculturals, formatives i recreatives.
- Procurar espais d'ajuda mútua i solidaritat.
- Fomentar els hàbits saludables.
- Organitzar activitats lligades a l'oci i el temps lliure.
- Informació i assessorament de les persones majors.
- Realització de tallers i activitats de formació cultural i integració comunitària.
- Suport en el procés de l'envelliment.
- Desenvolupament d'activitats que afavoreixin les relacions intergeneracionals.
- Activitats destinades a prevenir la dependència i la prevenció de la millora de salut.

Per a la consecució dels objectius i les funcions establerts a l'apartat anterior, es podrà desenvolupar a la Llar una sèrie d'activitats socioculturals (culturals, formatives, esportives, lúdiques i ocupacionals) i/o sociosanitàries preventives destinades al manteniment i a la millora de la salut, promogudes pels mateixos socis, mitjançant la creació de comissions de treball per poder realitzar-les, amb la col·laboració del Consell i entitats col·laboradores.

Per tant, per assolir els objectius esmentats en aquest centre, és important que les diverses activitats, com les ocupacionals, les culturals i les sociosanitàries que es vénen desenvolupant al centre, promoguin sobretot la participació ciutadana, l'autonomia personal i ajudin a la prevenció de la dependència, amb la finalitat d'aconseguir una millor qualitat de vida i benestar social de la gent gran.

1.2. Normativa i marc de regulació

- Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, de reforma de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears (aprobat per la Llei orgànica 2/1983, de 25 de febrer).
- Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i seguretat social. A l'apartat segon de l'annex III, en relació amb l'art. 10 (*Centres i serveis respecte dels quals els consells insulars se subroguen per a l'exercici de les competències transferides*) figura la Llar de la tercera edat, situada al carrer de Balears, 13 (Eivissa), com a bé immoble en la titularitat del qual se subroga el Consell Insular d'Eivissa (aleshores també de Formentera). El centre va ser construït per l'INSERSO, es va transferir a l'IBAS (Institut Balear d'Afers Socials, del Govern de les Illes Balears) i després, en virtut d'aquesta Llei, s'hi va subrogar el Consell Insular.
- Decret 244/1999, de 26 de novembre, pel qual es regula l'Estatut bàsic dels centres de les persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials (BOCAIB núm. 151, de 4-12-1999).

- Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament de centres i serveis per a persones majors, tant públics com privats (derogat amb excepcions temporals per la disposició derogatòria en relació amb la disposició transitòria primera (*Pervivència dels reglaments*) de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, i derogat pel Decret 86/2010, pel que fa als centres i serveis d'àmbit suprainsular).
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (estatal).
- Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears (que va derogar l'anterior Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social).
- Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autorització i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitat, i es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials de caràcter suprainsular per a aquest sector de població (BOIB núm. 99, de 3-7-2010), modificat pel Decret 54/2013, de 5 de desembre (BOIB núm. 54/2013, de 5 de desembre).
- Reglament intern del centre de dia per a persones majors Llar Eivissa (BOIB núm. 72, de 13-5-2010).
- Decret 10/2013, de 28 de febrer, pel qual es fixen els principis generals del Registre Unificat de Serveis Socials de les Illes Balears i dels procediments per a l'autorització i l'acreditació de serveis socials, i es regulen la secció suprainsular del Registre i els procediments per autoritzar i acreditar serveis socials d'àmbit suprainsular (BOIB núm. 30, de 2-3-2013), i que ha derogat el Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el Reglament regulador del Sistema Balear de Serveis Socials (BOCAIB núm. 77, de 15-6-1999).

1.3. Finançament

La Llar d'Eivissa és un centre finançat pel Consell Insular d'Eivissa. Tenim convenis amb entitats col·laboradores i serveis concessionaris.

2. Objectiu

Veure la possibilitat de reconversió d'un centre sociocultural amb un centre de promoció de l'autonomia personal. Segons la Llei 39/2006, de 14 de desembre, l'article 21 estableix que els serveis de prevenció de les situacions de dependència tenen per finalitat prevenir

l'aparició o l'agreujament de les malalties o les discapacitats i les seqüeles mitjançant el desenvolupament coordinat entre els serveis socials i de salut. Per poder donar una continuïtat assistencial a l'illa d'Eivissa s'ha de considerar les tasques que aporta aquest centre i la coordinació amb aquest equip multidisciplinari i els serveis de salut.

3. Materials i mètodes

Després de veure què és aquest Centre i els objectius que ens marcam, volem descriure totes les activitats dutes a terme, a més remarcam els projectes i/o els programes de la Llar Eivissa (La Pau) des d'un vessant biològic, psicològic i social.

3.1. Aspecte biològic, un projecte d'atenció integral i comunitària a la gent gran de risc

3.1.1. Introducció

Des del trasllat del Centre de Salut Can Misses al Centre de Salut de Vila, les persones majors de l'àrea del Centre de Salut Can Misses s'han de desplaçar a aquest nou centre, cosa que produeix dificultats sobrevingudes, és per això que l'equip del Centre de Salut Can Misses vol facilitar als majors l'accessibilitat al servei d'atenció primerenca, realitzant l'atenció comunitària als llocs de reunió d'aquestes persones en situació de risc com és el cas de La Llar Eivissa.

Per tant, l'equip del Centre de Salut de Can Misses en coordinació amb la Llar Eivissa ha posat a disposició d'aquest col·lectiu la consulta d'infermeria des del mes de març de 2014, per a l'optimització dels recursos de control de malalties cròniques, valoració de les necessitats de la gent gran de risc i l'atenció a la dependència. La finalitat és aconseguir elevar el nivell de salut dels majors, mitjançant actuacions dirigides a obtenir una millora en la qualitat de vida dels majors i buscar el màxim nivell d'eficiència. Tenint en compte que la Llar Eivissa té un total de 6.734 socis/sòcies, dels quals són actius 1.700 que participen en les activitats del centre. Amb una mitjana de 350 visites diàries.

3.1.2. Objectius

L'objectiu general és proporcionar un servei d'atenció integral, permanent, eficient i segur que compleixi les expectatives comunitàries en matèria de salut. I concretament amb els següents objectius específics:

- Augmentar la cobertura dels programes de salut al major de risc
- Facilitar l'accés a la consulta d'infermeria d'aquest col·lectiu
- Conèixer els factors de risc (FR) dels majors de 65 anys
- Diagnòstic precoç de factors de risc per prevenir la dependència de la gent gran

3.1.3. Materials i mètodes

La metodologia desenvolupada és la mateixa que la de la consulta d'infermeria del Centre de Salut, actuant conjuntament amb el personal mèdic de capçalera. Per tant, l'assistència professional d'infermeria acordada amb la direcció del centre serà de set hores setmanals i s'hi oferiran les següents tasques:

- Campanyes de vacunació
- Seguiment de les persones usuàries amb malalties cròniques
- Promoció d'hàbits saludables, dieta, exercici, prevenció del tabaquisme, obesitat
- Control dels majors en risc
- Suport al cuidador/a la cuidadora

En qualsevol moment que els índexs de la tensió arterial (TA) i glucèmia detectats a les persones usuàries superin els marges prèviament determinats es derivaran al servei d'urgències del seu centre de salut.

3.1.4. Avaluació

L'avaluació es realitzarà als tres i sis mesos de l'inici del servei (encomanda dels usuaris i usuàries, el grau de satisfacció del servei, així com el número de derivacions efectuades). L'equip d'atenció primària, altres centres de salut implicats i la Llar Eivissa faran les mesures correctores oportunes.

3.2. Aspecte psicològic i emocional

Oferir un envelliment satisfactori i aconseguir que les persones majors siguin els veritables protagonistes en la cultura de la vellesa és la missió d'aquest centre. Totes les activitats que es duen a terme tenen uns beneficis psicològics i emocionals per a tots els i les participants, tant majors com cuidadors i/o professionals de l'àmbit biopsicosocial. Consideram que les experiències interactives entre els diferents membres de la comunitat fomenten la interacció grupal i col·loquial, sent en si mateixes enriquidores i sanadores.

Sabut és que "tot és millor si es fa en companyia". Per tant, a la Llar Eivissa fomentam les activitats intergeneracionals i d'intercanvi comunitari, ja que consideram que totes tenen un benefici emocional i d'autoestima en els majors. Les experiències compartides entre persones majors, professionals i altres persones de la comunitat són un dels objectius principals d'aquest centre.

La promoció d'activitats d'intercanvi sociocultural i d'indret intergeneracional per ocupar el temps lliure entre les persones majors d'Eivissa aconsegueixen prevenir i pal·liar situacions de soledat i aïllament social; un dels grans reptes per gaudir d'un envelliment saludable, d'un benestar i de tranquil·litat emocional.

Per tant, totes aquestes activitats:

- Fomenten la convivència i l'ajuda mútua, així com els hàbits saludables per guanyar qualitat de vida, tant la seua pròpia com la de les altres persones que estan al seu voltant.
- Estimulen les capacitats de les persones majors per prevenir la dependència i així fomentar l'autonomia personal.
- Millora les relacions socials facilitant espais i moments per aprendre, compartir, participar...
- Fomenten l'empatia i el contacte social.
- Ajuden a compartir experiències i sentiments amb altres.

El fet de dur a terme activitats gratificants i posar especial esment en allò positiu i agradable de viure l'experiència en si fomenta les emocions positives i ajuda a veure les coses negatives des d'una experiència constructiva.

Els "records de vida" o reminiscències, considerats com a regals que ajuden a millorar el benestar i l'actitud davant la vida de les persones majors:

- Alegria, perquè un bell record, transforma el present.
- Sentit personal de vida, per donar més sentit i seguretat a la vida.
- Autoconeixement com a eina d'identitat.
- Estratègies de superació.
- Acompanyament en moments de canvi.
- Descobriment del propi potencial.
- Orientació cap al futur.

Una de les activitats que més beneficis emocionals té per als majors és el foment del voluntariat. A través de la col·laboració amb escoles, ajuntaments, associacions... entre d'altres, les persones majors de la Llar Eivissa participen utilitzant la seua experiència com a font de treball i transmissió d'idees i vivències, independentment del nivell cognitiu i cultural.

El voluntariat sènior potencia el desenvolupament intel·lectual i sobretot les capacitats i potencialitats de les persones majors que hi participen. A més, afavoreix el seu creixement personal, influint positivament en el seu estat emocional.

Hauríem de poder comptar amb aquests tipus d'activitats de manera sistematitzada i coordinada amb tots els serveis implicats.

Com a exemple i mostra, volem fer les activitats més importants a la Llar dins de les quatre estacions, per això, ens guiam amb el poema de la presidenta de la Junta de Govern, la Sra. M. Neus Planells Molina, escrit l'any 1990.

Taula 1 | *Les quatre estacions i la Llar*

Primavera: <i>Primavera... infantesa, néixer, créixer, estudis, manca de temps per jugar al carrer amb els amics.</i> - Setmana cultural. - Trobada de corals. - Estil de mercat, aquest any la Llar Eivissa surt al carrer, al parc de la Pau (innovació).	Estiu: <i>Estiu... primers balls, recerca de parella, primer amor, carícies, il·lusions, un món nou davant els ulls, lluita per un món millor, casament, donar vida als fills.</i> - Festa del patró de la Llar Eivissa. - Festes del barri. - Activitats amb els nens del barri - Tardes de cinema (innovació).
Tardor: <i>Tardor, nostàlgia dels temps que com núvol d'estiu ha passat massa de pressa. Els fills grans, estudis, treballs, sols ens deixen. El món voltant com anys enrere.</i> - Celebració el dia 1 d'octubre, Dia Internacional de les Persones Majors, començament de les jornades d'hàbits saludables amb la col·laboració de l'Associació de Diabetis. - Celebració de la festa del Dia de Tots els Sants (trencada de fruits secs). - Elaboració de bunyols, de carabassa i pinyonada (innovació).	Hivern: <i>Hivern... com de neu, els cabells blancs, nostàlgia de temps passat, cura dels nés. Mirades cap al cel.</i> - Celebració de Nadal. - Elaboració de la salsa de Nadal. - Celebració de la Verge de la Candelària, patrona de la Llar Eivissa. <i>"Si la Candelària plora, l'hivern és fora. Si la Candelària riu, l'hivern es riu. Tant si plora com si riu, ja ve l'estiu".</i>

3.3. Aspectes socials

Aquesta Llar, anomenada Llar La Pau, la Llar d'Eivissa, té una àmplia trajectòria d'activitats socioculturals i de suport social en el procés d'envelliment.

El personal del centre (personal propi del Consell d'Eivissa adscrit a la Llar, personal dels concessionaris i convenis, els monitors dels diferents tallers), així com els seus òrgans de participació (Junta de Govern, formada pels socis elegits democràticament; representants de les diferents administracions i l'Assemblea General), fan possible l'enfocament comunitari.

A la Llar Eivissa acudeixen persones usuàries que són sobretot persones amb un baix grau de dependència per gaudir d'una sèrie d'activitats lúdiques i recreatives que complementin la millora de la seua qualitat de vida.

La Llar Eivissa disposa dels següents serveis:

- Serveis socials (socioculturals)
- Serveis de promoció de la salut
- Serveis generals (recepció, administració, neteja...)
- Servei de menjador (concessionari)
- Servei de podologia (concessionari)
- Servei de perruqueria (concessionari)
- Tallers específics d'àmbit sociocultural i participació ciutadana

Detallam a continuació els tallers específics d'àmbit sociocultural i els programes de prevenció i salut que s'hi duen a terme:

Taula 2 | Tallers específics

Social	Coordinació	Sanitari
Tallers específics d'àmbit sociocultural: L'objectiu és el foment de la participació dels majors, ja que el centre és un punt de trobada per a ells/elles • Gimnàstica • Tai-txi • Ioga • Reiki • Teatre • Manualitats • Pintura • Ball • Informàtica		Activitats medicopreventives: L'objectiu és el foment dels hàbits favorables, com prevenir les malalties segons els símptomes d'alerta • Automassatge • Control tensió arterial i glucèmia • Prevenció de l'estrès • Xerrades de nutrició • Xerrades del son • Trastorns de la memòria • Trastorns cognitius Marcam amb  els tallers que poden ser tant de l'àmbit social com sanitari.

En aquest centre s'imparteixen de manera regular nou tallers lúdics que mobilitzam entre 150 i 200 persones diàries.

A través de l'estudi de les activitats desenvolupades, hem analitzat de manera detallada les activitats realitzades els últims tres anys. S'ha de diferenciar clarament dos tipus d'activitats: activitats culturals, recreatives i activitats medicopreventives.

Es realitzen activitats culturals-recreatives de perfil lúdic, de les quals cinc de manera habitual i nou són esporàdiques, així com activitats de promoció de la salut, de les quals deu es fan amb regularitat i onze de forma esporàdica i les activitats intergeneracionals es marquen amb un asterisc.

Detallam una comparativa de les activitats fetes a la Llar en aquests darrers 3 anys:

Taula 3 | Activitats desenvolupades a la Llar

1r any	
Activitats culturals – recreatives • Tallers fixos del centre • Dia de la Pau* • Festa de la patrona Mare de Déu de la Candelària (anual) • Setmana cultural (anual) • Festa de Tots Sants • Festes de Nadal. Exposicions (anual)	Activitats medicopreventives • Taller d'estrès (anual) • Taller d'automassatge • Dia mundial de la diabetis (anual) • Taller de risoteràpia (jubiloteca) • Cura de peus i mans • Beneficis del ioga (abraçada terapèutica)
2n any	
Activitats culturals – recreatives • Tallers fixos del centre • Exposició d'anella de cigar i filatèlia, única a tot Espanya • Dia Mundial del Teatre • Dia Internacional dels Drets de la Dona • Participació al festival per a Mans Unides • Taller de formació sobre l'ús de noves tecnologies*	Activitats medicopreventives • Recuperació dels hàbits saludables, des de l'1 d'octubre (6 activitats al mes) • Taller d'estimulació cognitiva • Xerrada sobre els beneficis de l'activitat física dels majors • Marxa a peu* • Demostració de tai-txi i txi-kung
3r any	
Activitats culturals – recreatives • Tallers fixos del centre • Participació en el Dia d'Europa • Participació en la mostra d'entitats solidàries • Dia del patró de la Llar. Sant Pau Tren solidari de la pau* • Festes de l'associació de veïns del barri des Clot: Taller de pintura per a al·lots*	Activitats medicopreventives • Xerrades de nutrició (aperitius saludables) • Beneficis de la teràpia reiki • Conferència sobre el son (dorm i descansa) • Presentació "Cura al cuidadors" • Grup de gimnàstica (gimnàstica estàndard més gimnàstica dolça)

4. Resultats

El gran nombre d'activitats, tant ludicorecreatives (jocs de taula, ball del dijous, celebració de festivitats...), com l'àmplia oferta de serveis generals (cafeteria-menjador, perruqueria, neteja... amb comoditat d'instal·lacions), i per descomptat, tots els serveis assistencials tant socioculturals com sociosanitaris fan que aquest centre sigui un punt de referència a l'illa d'Eivissa.

Remarcam que tots els tallers propis són programes altament consolidats. És necessari seguir amb tota programació, realitzada directament pel Consell d'Eivissa, o bé a través de convenis específics amb entitats col·laboradores.

Els últims tres anys s'ha produït un augment notable de les activitats dedicades a la prevenció i la promoció de la salut com són les actuacions de promoció de condicions de vida saludable i programes específics de caràcter preventiu, de les quals destaquem xerrades i col·loquis i fins i tot programes específics de rehabilitació. També, s'ha produït un augment important de les activitats intergeneracionals i d'intercanvi participatiu. Atesa la bona acollida d'aquestes activitats, consideram que la Llar és un centre obert a la comunitat en què la participació ciutadana és l'eix principal.

Taula 4 | Punts febles i forts

Per dur a terme aquest projecte apreciam una sèrie de punts febles i forts:

1r any	
Punts no favorables • Situació econòmica • Finançament • Correcta acreditació • Diferents administracions per donar un nou enfocament • Criteris de derivació (no coincidents) • Millora i condicionament de les instal·lacions	Punts favorables • Equip multidisciplinari (de manera informal) • Ubicació del centre (al cor de la ciutat) • Àmplia oferta de serveis (assistencials i socioculturals) • Augment d'activitats (destinades a prevenir la dependència) • Programa d'infermeria de l'equip de Can Misses Marcam amb  els punts que poden ser tant favorables com no favorables

5. Conclusions

Consideram que l'estreta coordinació entre el sistema sanitari i social és absolutament necessària per a la realització d'aquest tipus d'activitats de prevenció i promoció de la salut. L'equip multidisciplinari d'aquest centre (encara que sigui de manera indirecta) ha estat el motor per al seu total funcionament i dinamització.

Tenim un llarg programa d'activitats socioculturals i de trobada de gent gran àmpliament desenvolupat, de manera que aquest centre és un clar referent dins la nostra illa.

Necessitam dissenyar programes específics de "records de vida" tal com vàrem reflectir en el pòster "Experiència creativa en malalts i cuidadors d'Alzheimer" (pòster presentat en el 56è Congrés de la SEGG).

Els records de les persones majors vers les nostres tradicions, colors, sabors, olors... són elements inspiradors per poder dur a terme tots aquests treballs de creació i intercanvi. Potenciar la cultura popular i les tradicions a través de tallers específics és un dels nostres principis.

Sense cap dubte, el seguiment del pacient crònic en el seu entorn facilitarà més l'ajuda, tant a ells com als seus cuidadors. El programa d'infermeria que ha començat a desenvolupar-se gràcies a la col·laboració del Centre de Salut de Can Misses és l'eina principal.

Optam en principi per activitats grupals. Tenim l'experiència de tots els tallers d'àmbit social i sociocultural d'aquest centre.

Necessitam seguir potenciant activitats en grup com xerrades i tallers dins l'àrea biopsicològica: xerrades d'hàbits saludables (jornades d'hàbits saludables, programades anualment), caminades i exercici físic o activitats grupals de fisioteràpia (automassatges, tractaments posturals...), creant espais oberts a diverses disciplines.

En molts casos, els programes d'infermeria i fisioteràpia també es podran desenvolupar individualment, tant pels pacients com pels cuidadors, sempre tenint present la promoció de l'autonomia personal. Aquest darrer any, s'ha donat un enfocament a les adaptacions i les millores a l'entorn domiciliari, que ha estat molt ben acollit.

Un centre com la Llar La Pau d'Eivissa, integrat i correctament acreditat, hauria de ser un puntal important per donar una continuïtat assistencial a l'illa d'Eivissa amb un enfocament comunitari i participatiu entre els majors, cuidadors i professionals.

Aquest centre té quasi 20 anys, i voldríem acabar amb una frase que fa també gairebé dues dècades que es va pronunciar:

"El desenvolupament d'una societat només marxa quan un projecte compromet tot el món i quan es creu que va cap a un major benestar per a tothom."(Martou F.: Conclusions del 75º semaine MOC Belge en el Soir 14-04-97)

Referències bibliogràfiques

Comunitat Autònoma Illes Balears (2012-2013). *Dades estadístiques de dependència*.

Consell Insular d'Eivissa (2013). *Memòria*.

Crespí B., M. M. (2013). Els serveis de promoció de l'autonomia personal de les Illes Balears: una proposta de revisió del model actual. *Revista d'Afers Socials*, 7, 48-58.

González S., Montserrat J., Sánchez J., Anguas L.F., Barriga L.A., y Cervera M. (2010) *Informe sobre la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Madrid. Editorial: Fundación Democracia y Gobierno Local.

IB-Salut; Centre Salut Can Misses (2013). *Dades estadístiques*.

Marí J., Pérez E., Roig B., Rivero V., Serapio A., Galmés C. (2013). *Proyecto de Innovación en la Llar La Pau- Hogar Ibiza*. 55º Congreso SEGG. Valencia.

Marí J., Serapio A. (2014). *Alzheimer: Una experiencia creativa con enfermos y cuidadores*. 56º Congreso SEGG. Barcelona.

Ministerio de Asuntos Sociales (1992). *Plan Gerontológico*.

Muñoz T., P. (2013). *Contribución de las relaciones intergeneracionales en la calidad de vida de las personas mayores en la sociedad ibicenca: aprendiendo juntos*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional d'Educació a Distància (UNED).

Autores

ANTONIA TUR TORRES

Ajudant tècnic sanitari per la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, 1974. Diplomada en Infermeria per la Universitat Nacional d'Educació a Distància, 1990. Infermera de l'Equip d'Atenció Primària del Centre de Salut de Can Misses d'Eivissa, des de l'1 d'octubre de 1990 fins l'actualitat. Coordinadora d'Infermeria del Centre de Salut Can Misses des de Setembre del 2007. fins l'actualitat. Ha realitzat cursos, programes i docència en el món de la gerontologia i gestió assistencial. Infermera col·laboradora en el Programa Vacaciones Tercera Edad del INSERSO des de 1989 fins 1995 i de l'Associació de familiars de malalts d'Alzheimer d'Eivissa i Formentera i de Diabetis.

ANA SERAPIO COSTA

Psicòloga-psicoterapeuta. Llicenciada en la Universitat Complutense de Madrid, 2002. Màster en Psicoteràpia psicoanalítica. Coordinadora i dinamitzadora del Projecte Gent 3.0 als diferents espais de gent gran de l'illa d'Eivissa. Obra Social La Caixa des de l'any 2010. Editora i redactora Bolletí "*Autocontrol es Vida*" per a persones amb diabetis. Laboratoris Bayer Hispania des de 2009. Foment de la lectura: dinamitzadora Clubs de lectura d'adults a diferents biblioteques de l'illa d'Eivissa

PAULA MUÑOZ TARTALO

Diplomada en Educació Social, Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED), 2009. Màster en *Intervenció en qualitat de vida de persones grans*, UNED, 2013. Postgrau en Educació de persones adultes, UNED, 2011. Educadora social, Serveis Socials d'Atenció Primària, Ajuntament de Santa Eulària des Riu. Treballa al Consell Insular d'Eivissa a l'administració general. Ha realitzat cursos relacionats amb la gent gran dins l'àmbit social i educatiu.

VIRGINIA RIVERO MORENO-ORTIZ

Diplomada en Treball Social, Universitat Illes Balears. Máster en Gerontologia Social, Universitat Barcelona. Formació específica en àrees relacionades amb envelliment i dependència. Treballadora Social del Govern Balear, adscrita a la Llar Eivissa des de 1998. Des de 2002 depèn del Consell d'Eivissa i forma part de l'equip de la Unitat de Valoració.

JOSEFA MARÍ MARÍ

Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona. Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. Metgessa especialista en nutrició per la Universidad de Buenos Aires. Especialista universitària en Gestió Sanitària per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gerontologia Social per la Universitat de Barcelona. Ha realitzat cursos relacionats amb el món de la Geriatria i Gerontologia, i Gestió. Des de 1990, metgessa del Consell Insular d'Eivissa on ha ocupat diferents càrrecs. A dia d'avui és la responsable de la Llar Eivissa i de la Unitat de Valoració del Consell Insular d'Eivissa.

ABÚS FINANCER: L'EFECTE ICEBERG

Abús financer: l'efecte iceberg

Lydia Sánchez Prieto
Marina Blasco Escandell
Lluís Ballester Brage

*Agraïments:
Volem agrair les aportacions i les orientacions a
Maria Isabel Amer i a Maria Isabel Gelabert*

Resum

L'explotació financera és definida per l'OMS (2002) com l'abús financer de persones grans, entès com «l'explotació o ús il·legal o inadequat dels fons o altres recursos de la persona gran». Segons el National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA), les altes prevalences (5 milions de casos d'abús financer a persones grans als Estats Units, dels quals, només 1 de cada 25 és denunciat), indiquen que es tracta d'un problema actual, que es manté invisibilitzat per les mateixes víctimes a causa de múltiples factors, entre els quals destaquen la carència de dades i una conscienciació molt pobre. Diversos estudis ofereixen valors de referència que mostren prevalences del 16,7% (Acierno et al., 2010) i del 14,70% (Teaster et al., 2007).

Malgrat això, la denúncia, única via eficaç per castigar aquest tipus d'abusos, es troba envoltada de barreres que la dificulten, com la por a les conseqüències (per la relació de parentiu que es sol establir entre les víctimes i els perpetradors), les normes bancàries de protecció de dades i la impossibilitat d'identificació dels signes de maltractament per part dels professionals. L'elevat nombre de factors de risc associats a les persones grans les converteix en un col·lectiu vulnerable davant aquest tipus d'abusos i, per tant, ha d'empènyer a assumir vies d'actuació destinades a la identificació de signes d'abusos, la categorització adequada d'aquests, la transmissió d'informació a les víctimes i, finalment, la intervenció adequada.

Resumen

La explotación financiera es definida por la OMS (2002) como el abuso financiero de ancianos, entendido como «la explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos de la persona anciana». Según el National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA), las altas prevalencias (5 millones de casos de abusos económicos a personas mayores en Estados Unidos, de los cuales, solo 1 de cada 25 es denunciado) indican que se trata de un problema actual, que se mantiene invisibilizado por las propias víctimas debido a múltiples factores, entre los que destacan la carencia de datos y la pobre concienciación existente. Diversos estudios ofrecen valores de referencia que muestran prevalencias del 16,7% (Acierno et al., 2010) y del 14,70% (Teaster et al., 2007).

No obstante, la denuncia, única vía eficaz para castigar este tipo de abusos, se encuentra envuelta de barreras que la dificultan, tales como el miedo a las consecuencias (por la relación de parentesco que se suele establecer entre las víctimas y los perpetradores), las normas bancarias de protección de datos y la imposibilidad de identificación de los signos de maltrato por parte de los profesionales. El elevado número de factores de riesgo asociados a las personas mayores les convierte en un colectivo vulnerable ante este

tipo de abusos y, por lo tanto, debe empujar a asumir vías de actuación destinadas a la identificación de signos de abusos, la categorización adecuada de estos, la transmisión de información a las víctimas y, por último, la intervención adecuada.

1. Conceptualització: vulnerabilitat i ocultació

L'OMS (2002) defineix l'abús financer d'ancians com «l'explotació o ús il·legal o indegut dels fons o altres recursos de la gent gran». Pel que fa al model conceptual financer, es considerarà abús l'ús il·legal o indegut dels fons, els béns o els actius d'una persona gran per a beneficis d'una altra persona (Conrad et al., 2011).

La situació econòmica actual, l'evolució dels valors socials i familiars, el poder de les persones i les entitats, així com la impossibilitat de fer un control sobre aquest fenomen seran alguns dels motius de l'increment d'aquest tipus d'abús entre el col·lectiu de les persones grans. Estudis actuals indiquen que és probable que l'explotació financera sigui cada vegada més comuna a causa del pronunciat increment de la població de persones grans (així com la seva esperança de vida més elevada), a una adquisició de riqueses i de terrenys més gran per part del col·lectiu de persones grans i a l'augment dels darrers anys de possibles mètodes i formes d'abusos, així com a Internet (Jackson i Hafemeister, 2010). A aquestes variables Pérez-Rojo et al. (2013) afegiran que les situacions de dependència, en què les persones cuidadores assumeixen cada vegada un poder i control més important sobre la persona gran, també hi influiran. L'inici sol ser subtil, gradual i progressiu, a partir de la disposició de confiança que la persona gran disposa en la persona, i s'origina la manipulació psicològica. El problema real radica en el fet que difícilment s'identifica (Conrad et al., 2011). Pérez-Rojo et al. (2013) definiran el maltractament de persones grans com un fenomen «iceberg» a causa que les nombroses barreres, com l'ocultació per part de les víctimes, que envolten aquestes situacions, el qual el converteixen en un fenomen de difícil abordatge.

L'absència de delimitació conceptual, legislativa i administrativa comporten confusió en les actuacions sobre aquest tipus de casos (Wilber i Reynolds, 1996; Conrad et al., 2011). A més, la categorització de les accions que han de ser legalment castigades varia segons el país i, fins i tot, la regió del país (Mukherjee, 2013). En altres paraules, en nombroses ocasions, apareixen problemes a l'hora de categoritzar les actuacions com un delictes o com la voluntat de la persona gran, i emergeixen importants limitacions dels professionals a l'hora d'actuar en aquest tipus de casos. Tot i que en l'àmbit nacional s'han desenvolupat polítiques, tals com el Plan de Seguridad del Mayor, no existeixen lleis específiques que abastin les formes d'abús financer en les persones grans. Aquest fet ha de convertir-se en un repte, segons indiquen Blum, Gómez-Durán i Richards (2013).

1.1. Categorització dels casos: «influència indeguda»?

Gnaedinger (1989) a Bond, Cuddy, Dixon, Duncan i Smith (2000), exposa que per poder aplicar una intervenció adequada en els casos d'abús s'ha de definir correctament el fenomen, conèixer la incidència i la naturalesa de l'abús i exposar els perfils, tant de les víctimes com dels agressors. No obstant això, l'inici ja no resulta senzill, a causa del fet que els diferents models teòrics impliquen diferències entre si a l'hora de dur a terme la categorització.

D'una banda, l'article «Conceptual model and map of financial exploitation of older adults», de Conrad, Iris, Ridings, Fairman, Rosen i Wilber (2011), va perfilar, mitjançant un panel d'experts locals i nacionals, una estructura del que ha de ser considerat abús financer. La creació del model integrat es va fer a partir de la interpretació de casos, la generació de diferents models, classificacions de diferents estats o situacions i síntesis dels casos. La categorització ha de tenir en compte els quatre aspectes següents, que han de ser avaluats a l'hora de definir explotació financera:

- Fins a quin punt l'agressor es troba en una situació de confiança amb la víctima.
- La desigualtat de poder entre l'agressor i la víctima.
- Els patrons d'interacció en el temps.
- Les mesures d'equilibri o reciprocitat entre les pèrdues i els beneficis obtinguts en les accions desenvolupades entre víctima i agressor.

Payne i Strasser (2012), per la seva banda, exposen que les identifications i les intervencions es compliquen si impliquen legitimació, en què la persona gran signa un document o atorga consentiment, per la qual cosa, l'actuació legal es veu seriosament limitada. Destaca l'anàlisi del concepte que duu a terme Nerenberg (1999), que entén l'abús financer a partir de cinc aspectes:

1. *Com a forma de maltractament a persones grans.* L'abús financer s'inclou com una tipologia en l'abús de persones grans. Es diferencia d'altres tipologies d'abús per la magnitud en què es produeix, els motius per dur-lo a terme, les respostes dissenyades per actuar-hi en contra, els senyals per a la seva detecció i les conseqüències que pot produir.
2. *Com a delicte.* Hi ha casos clars considerats delictes, però, què passa quan un fill o nét s'apodera dels béns dels pares? Es consideren també delictes aquests actes? Socialment no, encara que actualment s'està incrementant la tendència a dur-los a terme.
3. *Com a delicte en el treball.* Gran part dels abusos financers són duts a terme per treballadors de l'àmbit de l'atenció a les persones grans (cuidadors, infermers, etc.) i es duen a terme durant el temps de treball.

4. *Com a problema en la salut pública.* El fet que els perpetradors de l'abús siguin treballadors d'aquest àmbit fa que les víctimes, en gran part, siguin pacients amb necessitat d'algun tipus de cura (en situació de dependència) i que gran part dels delictes es cometin en el mateix centre d'atenció a persones grans o en situació de dependència, per la qual cosa, podem considerar l'abús financer a les persones grans com un problema de salut pública.
5. *Com una qüestió de justícia penal.* Els canvis produïts en la penalització d'aquest abús han provocat que aquest passi de ser considerat un assumpte social a ser considerat un assumpte penal.

Conrad et al. (2011), per la seva banda, classifiquen les agressions en dos grups, en què s'ha de vigilar si es tracta d'explotació financera o de signes d'explotació. Es consideren *explotació financera* els robatoris i les estafes, els quals, són valorats pels experts com els més greus i seriosos. Entre alguns dels possibles casos categoritzats com a robatoris i estafes es poden assenyalar la falsificació de la signatura, enganyar la persona gran perquè compri alguna cosa, la retirada no autoritzada de diners del seu compte bancari, etc. Aquesta tipologia d'abusos pot ser duta a terme per persones de confiança, com ara parents, o bé per altres persones externes a la família, amb les quals no existeix aquesta confiança. En canvi, en el grup de *signes d'explotació financera* s'hi han d'incloure les tipologies següents, tenint en compte que el grau de gravetat va de més a menys:

- La victimització financera. Després dels robatoris i les estafes, els experts pensen que la victimització financera és la més greu. Es consideren abusos de poder de persones de confiança de les persones grans, per exemple, l'obligació de signar documents legals, la demanda sense tornada de diners, l'ús inadequat de fons econòmics o la realització d'activitats il·legals amb els diners de les persones grans.
- El dret financer. Es tracta d'un abús de poder en les gestions econòmiques. Es presenten situacions en què l'agressor viu amb la persona gran sense pagar-li la part que li toca o en què gestiona l'economia de la persona gran per al seu propi interès, per exemple.
- La coacció. En aquest grup destacarien aquelles accions destinades a pressionar la persona gran perquè cedeixi o es desprengui dels seus béns o els seus fons.
- Els senyals de possible abús. Els experts indicarien que es tractarien d'aquelles situacions en què pot aparèixer la sospita que les accions dutes a terme tenen una doble intenció i beneficien les persones que actuen en nom de les persones grans. En aquest cas es recomana que les autoritats segueixin investigant quan apareguin les sospites.

- Les dificultats en el maneig dels diners. La vulnerabilitat a ser explotat s'associarà a factors de risc, com l'absència d'informació sobre la gestió econòmica, la deterioració cognitiva, la situació de dependència, el desconeixement de la llei, etc.

Pel que fa a la legislació, por Blum (2013) exposen que, perquè es consideri «influència indeguda» (terme jurídic per designar una relació de desigualtat, en la qual s'aprofita el poder amb finalitats econòmiques) s'ha de veure si es produeixen els següents indicadors: extraccions de diners irregulars o atípiques, extraccions incompatibles amb les possibilitats econòmiques de la persona gran, moviments sospitosos en el compte de la targeta de crèdit, canvi de testament o escriptura en què es deixa la casa o els diners a «nous amics o familiars», pèrdua de la propietat, joies o altres objectes personals que no es localitzen.

Com veiem, les accions que es poden considerar abús financer són variades i depenen del marc teòric al qual s'adscriu la seva designació perquè es considerin legals o il·legals. No obstant això, hem de remarcar, com fa Ser'vé' (2009), que les distincions sobre les diverses tipologies de maltractament es duen a terme simplement amb finalitats analítiques, ja que en molts casos es produeix més d'un tipus d'abús de manera simultània.

1.2. Prevalences: necessitat emergent

Com s'exposava, no hi ha dubte que l'abús de persones grans és un tema invisible i poc denunciat. A *The national elder abuse incidence study* (1998) es va estimar que, en 1996, dels 449.924 casos coneguts d'abusos a persones grans, només se'n van denunciar 70.942 i, per tant, queden sense explicar els casos existents però que no es van donar a conèixer, per la qual cosa segurament les xifres augmentarien en gran mesura. El mateix ocorre amb les dades tan alarmants aportades per König (2006) de Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001), que mostren que només un de cada deu casos de maltractament a persones grans és denunciat.

En concret, les dades presentades pel National Center of Elder Abuse (NCEA), òrgan de referència, indiquen que es produeixen fins a 5 milions de casos d'abusos econòmics a persones grans als Estats Units, dels quals, únicament 1 de cada 25 és denunciat, i s'arriba a una malversació de fins a 2,4 mil milions de dòlars en les víctimes. Jackson i Hafemeister (2010) indiquen que els participants en el seu estudi van perdre de mitjana 87.967 dòlars per persona. Assenyalen el fet que aproximadament un terç dels casos va perdre entre 0 i 4.800 dòlars; un altre terç, entre 5.000 i 50.000 dòlars, i el terç restant, entre 54.000 i 750.000 dòlars.

Altres estudis mostren altres xifres, igual d'elevades, si es té en compte que parlem d'agressions: 1 de cada 10 adults de 60 anys o més són víctimes de maltractament, però

únicament 5 milions de casos són denunciats al Servei de Protecció per a Adults, segons DeLiema, Gassoumis, Homeier i Wilber (2012). Els autors afirmen, segons la seva mostra de persones grans de 60 anys de llatins que resideixen a Los Angeles, que el percentatge de maltractament és del 40,4% (el 22,7% del qual són casos greus de maltractament), tal com es pot veure a la taula 1.

Tot i que hi ha una tendència més gran d'abús psicològic que de les altres tipologies, on s'observen prevalences del 24,8% (DeLiema et al., 2012), 29,60% (Teaster, Otto, Dugar, Mediondo, Abner i Cecil, 2007) i 19,82% (Melchiorre et al., 2009, Lamura, Torres-Gonzales, Stankunas, Lindert, Ioannidi-Kapolou, Barros, Macassa i Soares, 2009), entre altres, també es presenten prevalences altes en abús econòmic. De fet, en molts casos apareixerà l'abús financer com el de més prevalença enfront dels altres. Podnieks (1992) presenta taxes del 2,5%, Jackson i Hafemeister (2010) assenyalen un valor màxim del 76% i Acierno, Hernandez-Tejada, Muzzy i Steve (2010) també afirmen que es produeix una prevalença elevada, que arriba al 16,7%. Un 10,6% d'aquests casos es podrien considerar casos greus. Si es compara amb la resta de tipologies, també s'identifiquen elevades prevalences en altres estudis, com en l'estudi de Teaster et al. (2007) amb el 14,70% dels casos.

Cal fer referència a una dada que resulta especialment rellevant i que s'identifica amb un factor de risc (Hall, Hall i Chapman, 2005; Iborra, 2008; Conrad et al., 2011; Blum et al., 2013): les dones pateixen maltractament en un percentatge més gran que els homes. Si s'observa a la taula de prevalences, en tots els casos (excepte en l'estudi de Jackson i Hafemeister —2010— en què el percentatge d'homes és del 74%), hi ha un nombre més alt de víctimes femenines. Els intervals de víctimes femenines van del 75% al 56,3% *versus* els percentatges masculins, que se situen entre el 25% i el 43,70%. Evidentment, tenint en compte les diferències metodològiques utilitzades, no es poden fer comparacions significatives entre els estudis, però sí que es pot afirmar que en la majoria dels casos les xifres que fan referència als abusos financers adopten un percentatge important i es fa palesa la seva alta incidència.

A continuació es destaquen estudis que són rellevants sobre l'abús financer i que permeten visualitzar l'abús en diferents etapes:

El primer, *The national elder abuse incidence study* (1998) indica que la xifra total de persones de 60 anys o més que van patir algun tipus d'abús van ser 551.011. La prevalença d'abusos mostra que el més predominant és l'abús físic (61,9% del total que es va dur a terme en gent gran), seguit de l'abandonament (56%), abús psicològic o emocional (54,1%), abús econòmic (44,5%) i finalment la negligència (41%) (taula 1). Es considera que les dades sobre abús sexual i altres tipus d'abusos no són tan elevades (0,3% i 1,4% respectivament). L'estudi també indica que el percentatge més elevat d'abusos fets a persones grans que es pot trobar es produeix en persones a partir de 80 anys, i el perfil general de les víctimes són dones que no són autònomes i que pateixen algun tipus de deterioració cognitiva.

Taula 1 | *Prevalences del maltractament en les persones grans*

Nom de l'estudi	Any	Total de la mostra	Homes	Dones	Abús general	Abús psicològic	Agresions sexuals	Abús emocional	Negligència	Maltrac. físic	Abús financer
Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries	2013	4.467	42,7	57,3	27,07	19,82	0,75			2,56	3,94
Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España	2013	338	39,60	60,40	12,10	11,50			2,07		1,11
The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area	2013	2.304	35,6	64,4					2,20		5,80
Determining prevalence and correlates of elder abuse using promoters: Low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect	2012	180	43,70	56,3	40,40	24,80	9,00		11,70	10,70	16,70
Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors, and society's response	2012	55	74	26					12,67	11,26	76
Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study	2010	5.777			11,40	4,6	0,6		5,1	1,6	10,6
Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older	2009	66,5	40,60	59,37	29,30	15,20			16,00	0,10	4,70
Maltrato de personas mayores en la familia en España	2008	2.401	25	75	12,10	0,30	0,10			0,20	0,20
Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozacoatlán	2007	1.078	37,90	62,10	8,10	7	0,60				2,20
The 2004 survey of state adult protective services: Abuse of vulnerable adults 18 years of age and older	2004	71.974				29,60	1	14,80	20,40	10,70	14,70

L'estudi *The 2004 survey of state adult protective services: abuse of vulnerable adults 18 years of age and older* proporciona dades més actualitzades que l'anterior estudi, però amb la dificultat que les dades de persones de 60 o més anys que han patit abusos no estan distribuïdes per edat. De les 71.974 persones de 60 anys o més que van denunciar abús, el 14,7% denunciava l'abús financer. El model de víctima també representa una dona de 80 anys o més i el seu agressor un home o dona d'entre 40 i 49 anys, ja que el percentatge està igualat en ambdós gèneres.

The national elder mistreatment study (Acierno, Hernandez-Tejada, Muzzy i Steve, 2009) mostra una gran recollida de dades sobre l'abús de persones grans, a partir d'una mostra de 5.777 adults i 813 persones que van respondre en nom de la persona a càrrec seu, amb una participació del 69% en total. En referència a les tipologies d'abús, sobre l'*abús emocional*, els autors destaquen que un 4,6% de persones van patir aquest tipus d'abús, un 8% de les quals solament el van denunciar. Els abusadors principals van resultar ser els cònjuges (25%) i coneguts (25%), seguits dels fills (19%), altres parents (13%) i estranys (9%). Un 9% no van respondre sobre l'agressor. En el *maltractament físic*, la prevalença va resultar ser de l'1,6%, un 31% del qual va ser denunciat. Cal destacar que el 57% dels perpetradors, més de la meitat, van resultar ser els cònjuges; el 19%, coneguts; el 10%, fills; el 9%, altres parents, i el 3%, estranys. Un 2% no van respondre. Sobre *abús sexual* la prevalença és la més baixa de tots els tipus d'abús que es presenten (taula 1). En concret, en l'estudi, va resultar ser de poc menys d'un 1%, el 16% del qual va ser denunciat. Cònjuges i coneguts són els abusadors principals (40% en tots dos casos), seguits d'altres parents (12%) i estranys (3%). Un 5% no va respondre. La *negligència* es va detectar en un 5,1% dels enquestats, dels quals no hi ha referència a denúncies imposades. Els principals perpetradors van resultar ser els fills (39%), seguits dels cònjuges (28%), coneguts (23%) i altres parents (7%). Finalment, sobre l'*abús financer*, les dades conegudes fan referència a una prevalença del 5% dels enquestats. Les dades mostren que un 5,2% va ser dut a terme per familiars, un 20% va suposar la despesa de diners sense consentiment de la persona gran, un 3% fa referència a les males decisions preses per la família, un 4% es refereix al fet que les financeres no van proporcionar còpia de les transaccions realitzades, un 3% té relació amb signatures falsificades, un 2% van destacar que hi van ser obligats i un 4% van reconèixer que els diners va ser robats per un membre de la família.

També hem de comentar un altre estudi, el de Stamatel i Mastrocinque (2011), en què s'ha de destacar el gràfic amb dades de 2007, que compara l'abús econòmic en persones grans. Els gràfics ens mostren que, en tots dos casos, la majoria d'abusos es produeixen a la llar, amb més prevalença en les persones grans de més de 65 anys, amb un 49%, en comparació del 42,6% de les de menys de 65 anys. Com a segon àmbit, en tots dos casos, hi ha «altres» i, en el tercer cas, hi ha tendes, restaurants, bars i hotels. En la darrera categoria destaquen les entitats bancàries, entre les quals destaca un augment entre els grups d'edat (9,1% fins a persones de 65 anys i 12,5% en més grans de 65 anys). Demostren que, com més

gran és l'edat, més incrementen els abusos produïts, especialment a la llar i a les entitats bancàries.

Les escasses referències bibliogràfiques d'àmbit *estatal* mostren dades alarmants vinculades amb el maltractament, de manera que, en un estudi català s'estableix una prevalença de 29,3% de maltractament de les persones més grans de 75 anys (Garre-Olmo, Planas-Pujol, López-Pousa, Juvinya i Vilalta-Franch, 2009). Entre les dades destaca que, de 665 persones grans, un 15,20% havia patit abús psicològic, un 16% algun tipus de negligència, un 0,10% agressions físiques i un 4,7% abús financer (taula 1). Pel que fa al financer, s'hauria de destacar que la majoria dels afectats són dones (59,37%), tenen una bona salut (78,12), no tenen un suport social estable (78,12%), viuen amb les seves parelles (40,62%) i presenten sospita d'un possible trastorn depressiu (62,5%).

Tot i que des de l'any 1996 els estudis, tant nacionals com internacionals, comencen a adquirir robustesa, s'hi identifica una absència d'abordatge de l'abús financer. Tampoc s'hi estableixen comparacions o s'extreuen conclusions fonamentades, en gran mesura a causa de la diversitat en la metodologia emprada.

2. Detecció: factors de risc associats a l'abús financer

Entre els factors de risc de convertir-se en un agressor econòmic han de destacar-se un historial de psicopatologia, una dinàmica familiar patològica i la seva influència en la relació interpersonal, l'estrès del cuidador, el consum d'alcohol i altres substàncies, la violència transgeneracional adquirida i la possible dependència econòmica de les persones grans (Conrad et al., 2011).

Hall et al. (2005) també destaquen la situació civil de fadri, vidu o divorciat, haver perdut recentment al cònjuge, viure amb la persona abusadora, dependre'n i viure allunyat de fills com a variables que influiran en el grau de vulnerabilitat. Si es dirigeix la mirada al món dels cuidadors informals, també s'ha de fer esment d'un aspecte associat a la convivència molt significatiu que es destaca en l'estudi d'Iborra (2008): s'identifica que l'abús més freqüent és el financer enfront de les altres tipologies d'abús, que és de l'1,9% en el cas de persones grans autònomes i del 2,4% si presenten situacions de dependència. Exposen que viure tot sol s'identifica com una variable que deixa les persones grans en una situació de vulnerabilitat (Manthorpe, Samsi i Rapaport, 2012). Tal com es mostra en els tres estudis seleccionats en la taula següent, els percentatges de persones grans maltractades que viuen soles abasten del 27,30% al 17,40%. No obstant això, una dada que crida l'atenció en els resultats obtinguts és que s'observen taxes d'abusos més elevades quan aquestes persones grans viuen amb els seus familiars, amb taxes que se situen entre el 15,90% i el 51,80%, xifres elevades si es té en compte que la majoria dels familiars als quals es

refereixen són els fills, com es veurà més endavant. Manthorpe et al. (2012) exposaran que, tal com s'explicarà, els familiars tendeixen a aprofitar-se de les persones grans (i es produeixen amb freqüència episodis d'abusos financers), igual que els cuidadors (fins a un 0,60% dels casos —Iborra, 2008). El problema, segons destaquen els autors, és que les recerques, a més de ser escasses, no aborden el tema dels cuidadors com a principals agressors de l'explotació financera tot i que és una realitat.

Taula 2 | Prevalences de convivència

Estudi	Tot sol	Amb parella	Amb parella i familiars	Amb altres membres de la família	Amb amics	Amb cuidadors
Maltrato de personas mayores en la familia en España	27,30	55,60	38,40	3,70		0,60
Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries	24,20	49,60	15,90	10,30		
Determining prevalence and correlates of elder abuse using promoters: Low-income immigrant Latino's report high rates of abuse and neglect	17,40	33,30	51,80	14,90	4,10	

Un factor de risc important serien situacions de deterioració cognitiva, com les demències, per les quals, a més, no solen existir ni legislació, ni protocols d'actuació destinats a combatre-les (Gómez, Rodríguez i Krug, 2007; Iborra, 2008, Conrad et al., 2011; Manthorpe et al, 2012; Blum et al., 2013). Especialment perquè, tal com suggereixen Payne i Strasser (2012), són les persones més pobres amb demència les que tenen tendència a rebutjar els serveis generals d'ajuda i es converteixen en principals agents de marginació i escrutini. Manthorpe et al. (2012) afirmen que aquesta vulnerabilitat acaba provocant que siguin estafats, fins i tot mitjançant mitjans electrònics, per aquelles persones que adquireixen la seva confiança o els dediquen cures sanitàries. Els autors apunten que la legislació i els professionals sí que els dediquen una mirada de protecció, però no quan es tracta de demències parcials (en molts casos, de difícil detecció fins i tot). Iborra (2008) explica que es produeix una prevalença de maltractament més alta en gent gran en situació de discapacitat i dependència que en les persones que no estan en aquestes situacions (21,1% *versus* 13,6% i 26,3% *versus* 13,4% respectivament). Es tracta de situacions d'extrema dependència d'una persona gran, la seva fragilitat, una malaltia mental o física severa, que en el cas de ser dona es potencia i s'incrementa la vulnerabilitat encara més, com es

pot observar en les prevalences de la taula 1 (Hall, et al., 2005; Iborra, 2008; Conrad et al., 2011; Blum et al., 2013).

Seguint la línia iniciada, la vellesa (complir anys) i l'aïllament social per Gibson i Qualls (2012) en són els principals factors. Respecte a l'afirmació anterior, un únic estudi indica que la prevalença del maltractament disminueix a mesura que s'incrementa l'edat (DeLiema et al., 2012), mentre que la majoria apunta que no és així; Iborra (2008) afirma que a partir dels 74 anys el maltractament s'incrementa considerablement (un 54,6% de la seva mostra està formada per persones més grans de 74 anys). En l'estudi de Garre-Olmo et al. (2009), resulta rellevant que entre els principals factors de risc es trobarien el fet de tenir més de 85 anys (en un 3,84% del total de la mostra), ser fadrí (1% del total) i presentar un possible trastorn de depressió (0,85% del total).

En l'anterior, Payne i Strasser (2012) afegiran com a factors de risc prendre múltiples medicaments, la por al canvi de la situació de vida, la promesa implícita de l'abusador que tindrà cura de la persona gran, la transferència de fons i que la persona gran sigui sotmesa a engany o intimidació.

Quant a variables ambientals, DeLiema et al. (2012) declaren com a factors de més risc no dominar l'idioma del país on viuen, la desconfiança cap a les autoritats, la delinqüència i la poca intervenció social i de seguretat en la comunitat on viuen. Gómez et al. (2007), per la seva banda, apunten el fet de viure en una zona rural, nivells baixos d'escolaritat, haver de viure a la llar dels familiars, posseir una xarxa social pobre o ni tan sols disposar d'ajuda.

Per tant, s'observen diversos factors de risc que poden produir-se, però no són els únics i tampoc han de donar-se tots en tots els casos perquè es produeixi l'abús econòmic.

2.1. Quan els fills són els que s'aprofiten de les pensions

Choi, Kulick i Mayer (1999) subratllen la inexistència, o poca existència, de signes immediats cap a l'exterior, a diferència d'altres tipus d'abús, com el maltractament físic. Com s'ha dit anteriorment, la falta d'unitat de criteris per determinar de manera concreta què és l'abús financer de persones grans suposa un obstacle més per a la possible detecció (Choi et al., 1999; Mukherjee, 2013). Wilber i Reynolds (1996) ens parlen de la complexitat legal per detectar aquest tipus d'abús, ja que està relacionat directament amb els drets i responsabilitats legals i en molts casos resulta complex treballar amb entitats financeres per detectar aquests abusos. També es considera una complicació per a la detecció el deteriorament cognitiu de les víctimes i la seva salut, com s'ha explicat anteriorment, de manera que es limita el contacte d'aquest col·lectiu amb la societat i augmenta l'aïllament (Gómez et al., 2007).

La relació que s'estableix entre l'abusador i la víctima també pot condicionar aquesta última, en el cas que estigui en coneixement de l'abús, per denunciar-ho, per por de les possibles represàlies o a la pèrdua de relació. És alarmant l'increment d'abusos econòmics que porten a terme els fills vers els pares. La tendència s'ha incrementat des de l'inici de la recessió econòmica en 2008 (Mukherjee, 2013), quan nombrosos adults es quedaren aturats, fins al punt que es registren nombrosos adults que han de tornar a casa dels pares, ja grans, per poder subsistir. El problema, no obstant això, sorgeix quan els fills comencen a assumir un rol inadequat d'administradors econòmics dels béns i les propietats dels seus pares.

Hi ha dues tendències incorrectes associades a la gestió administrativa que vincula pares i fills adults. D'una banda, i segons els resultats de l'estudi de Mukherjee (2013), s'indica que la confiança absoluta en la capacitat dels pares grans es traduirà amb freqüència en una situació de desprotecció davant possibles gestors financers que poden abusar dels seus poders. I, de l'altra, el fet d'involucrar-se en aquests assumptes es fa d'una manera informal, a causa del desconeixement de la llei o l'evasió de la responsabilitat legal. En tots dos casos els fons financers es deixen en una situació de risc i es dificulta la detecció de l'abús. S'identifiquen tres factors concrets pels quals els fills no assumeixen les responsabilitats adequades:

1. La sobreestimació de la capacitat dels pares per administrar les finances, per la qual cosa, no s'involucren en aquest tipus d'assumptes.
2. La percepció que els béns econòmics gairebé els pertanyen i no es formalitza la transferència del poder. En aquest cas, es produeix en relacions de confiança.
3. L'assumpció de la responsabilitat de gestionar els béns dels pares de manera informal (sense tenir un poder notarial). Aquest punt, amb freqüència, s'associa amb un desconeixement de la llei, i en altres ocasions, amb el desig de pertinença, però al marge de les responsabilitats legals.

El problema és que, a més de convertir-se en els principals cuidadors, també assumeixen, amb freqüència i com s'explicava, el paper de controladors de la part financera. Les autoritats, i fins i tot les víctimes, tenen un debat constant: quan es converteix en un delictes? Segons indica Mukherjee (2013), existeixen dos factors que contribueixen a l'explotació financera (o dit en altres paraules, a un acte considerat com a punible) en les famílies:

1. Les necessitats financeres dels membres de les famílies, és a dir, en incrementar les necessitats econòmiques dels membres augmenta la probabilitat d'abús.
2. El sentit predominant de dret financer que alguns familiars presenten sobre la persona gran. Pel que fa a aquest cas, l'autor indica que quan són cuidadors informals tendeixen

a adquirir una percepció més gran de poder davant la persona gran. De fet, es produeix sense que s'hagi transferit el poder als cuidadors.

El moment en què les persones de confiança aprofiten la seva situació de més poder amb finalitats econòmiques rep el nom jurídic d'*influència indeguda* (Blum et al., 2013). Aquestes afirmacions estan refermades per Gibson i Qualls (2012), que afirmen també que les famílies són un context propici per a l'abús financer, atès el paper de confiança i de cuidadors que assumeixen. S'estén una cortina de fum que dificultarà identificar què pot ser considerat com a abusos i ajudes davant la incapacitat de la persona gran. A més, i especialment en relació amb aspectes culturals, els familiars adquireixen, amb freqüència, la percepció que els béns els pertanyen a canvi del parentiu i la cura, com s'ha explicat abans (DeLiema et al., 2012; Gibson i Qualls, 2012).

El National Center of Elder Abuse (NCEA) estima que en un 75% dels casos d'abusos a gent gran els familiars són els agressors. En concret, a Mukherjee (2013) s'explica que el Departament d'Envel·liment d'Illinois (2008) va indicar que en un 40% dels casos eren els mateixos fills. Pérez-Rojo et al. (2013) en el seu estudi sobre maltractament exposen que, del 12,1% de persones grans que sofrien maltractament, un 1,10% patien abusos financers, els quals en un 25,6% eren perpetrats pels fills i en un 51,2% les seves parelles. Aquestes dades coincideixen amb altres macroestudis a assenyalar les parelles com a principals agressors, seguit dels fills (33,4%) (Iborra, 2008). En altres estudis en què els fills són els principals perpetradors les prevalences arriben al 47,3% (Tatara, 1998) i el 51,0% (Santos, Marchi, Martins, Hugo, Padilha, i Hilgert, 2012). El problema és que, seguint els factors de risc esmentats anteriorment, sembla que moltes persones grans desenvolupen dependència de familiars, de manera que hi queden lligats (19,5% dels casos) (Gómez et al., 2007).

Però la denúncia brilla per la seva absència, de manera que, encara que la persona gran pot arribar a ser conscient dels abusos, s'absté d'informar-ne altres membres de la família o professionals amb la finalitat de protegir la persona que duu a terme l'explotació o per temor a perdre el suport diari (Gibson i Qualls, 2012; Blum et al., 2013). DeLiema et al. (2012) conclou deixant clar que la invisibilització del maltractament (tant per part de les autoritats com per part de les mateixes víctimes) i, per tant, l'absència de literatura sobre el tema i de conscienciació social són les principals barreres que troben les persones grans a l'hora de denunciar i, per descomptat, els afecten i els convertiran en un col·lectiu més vulnerable. Ser'Ve' (2009) explica que el fet de patir algun tipus de trastorn mental o de discapacitat, la por a les represàlies i la vergonya poden influir sobre la possibilitat de denunciar l'abús. Mukherjee (2013) destaca diversos factors que dificulten la denúncia a les autoritats:

- Un fort vincle emocional entre els agressors i les víctimes.
- El temor a l'escrutini públic.

- La desconfiança de les autoritats o el desconeixement del procés.
- El temor a les conseqüències, i també a la presó.

D'altra banda, s'assenyalen com a factors de protecció el fet de rebre prestacions dels agents socials, mantenir contacte amb els serveis socials, així com posseir una àmplia xarxa social de suport (Gibson i Qualls, 2012; Blum et al., 2013). Es fa palès que els treballadors socials identifiquen més sovint que els professionals sanitaris signes d'explotació financera. I en la mateixa línia, s'afirma que les persones grans que posseeixen una xarxa social àmplia tendeixen a atenuar el temor davant la denúncia. No obstant això, els resultats trobats no aclareixen aquestes afirmacions. En estudis com el d'Iborra (2008) o el de Gómez (2007) les dades no corroboren aquesta hipòtesi, atès que subratllen que un nombre més alt de persones grans que sofrien abusos també tenien suport social (96,13% i 54% respectivament). En canvi, les recerques d'Acierno et al. (2009) assenyalen el contrari, atès que diuen que les persones sense suport social (un 2,50%) presenten més agressions, de la mateixa manera que les dades presentades per Galme-Olmo (2009) amb prevalences del 78,12%. Quant a l'assistència de serveis socials, si s'observen les dades recollides, també dependrà de l'estudi analitzat, per la qual cosa les dades tampoc podran verificar la hipòtesi.

Taula 3 | Prevalences sobre el suport informat i format rebut

Estudi	Suport social alt	Suport social baix	Assistència dels serveis socials	Mancança d'assistència dels serveis socials
Maltrato de personas mayores en la familia en España	96,13	3,87	7,30	92,70
Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozacoautla	54	46		
National elder mistreatment study	1	2,50	1,50	1,70
Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older	21,87	78,12	71,87	28,12

En qualsevol cas, sembla que la identificació, com s'indicava anteriorment, es fa amb freqüència quan moren les persones grans, o bé en casos greus. Blum et al. (2013) descriuen cinc possibles models d'avaluació per identificar la «influència indeguda»: SODR, SCAM (variant conductual de SODR), IDEAL (basat en els factors d'aïllament, dependència, manipulació emocional, aparença de consentiment de la víctima, pèrdua o dany resultant), model Brandle/Heisler/Steigel i model Thought Reform (també conegut com a culte de Margaret Thaler Singer). En qualsevol cas, com s'indicava, gairebé tots els sistemes tenen en compte la variable de parentiu per determinar el veredict.

3. Una intervenció adequada com a repte de futur

L'exploració de dades feta en l'apartat anterior es sotmet a una variabilitat de resultats en funció de la metodologia utilitzada per a la realització de cada estudi. Per això, cada resultat ha de ser col·locat en el seu context i analitzat en funció de les variables que hi estan associades, però tot i això s'observen altes prevalences especialment associades a dues tipologies de maltractament: el psicològic i el financer. Alguns estudis presenten dades que situen la prevalença de l'abús psicològic entre el 19,82% (Melchiorre et al., 2009) i el 29,60% (Teaster et al., 2007), valors alts si es té en compte que es tracta de signes que no solen ser identificats amb facilitat. El mateix ocorre amb les xifres associades a l'abús financer: s'hi poden trobar prevalences del 16,7% (Acierno et al., 2010) i del 14,70% (Teaster et al., 2007), i en resulten xifres de referència únicament, limitades per les condicions associades a l'explotació financera, però que han de posar aquest assumpte en el punt de mira i desenvolupar una conscienciació social que impliqui l'execució d'actuacions. Cal tenir en compte que la majoria dels estudis indiquen una prevalença més elevada d'abús financer en dones (els intervals dels estudis de referència se situen entre el 56,3% i el 75%).

El problema principal actual és que amb prou feines es poden trobar estudis que abordin l'abús financer i que, els que ho fan, es troben associats a limitacions, però, a més, no es produeix una absència de literatura que tracti matèries com les actuacions, les repercussions legals i els factors de risc (Wilber i Reynolds, 1996). En la mateixa línia, Mukherjee (2013) explica que l'absència de xifres sobre les incidències d'abusos dificulta la promoció de plans d'acció per a les autoritats polítiques o els agents socials. La manca de literatura i de dades que alarmin les autoritats afavoreix, segons DeLiema et al. (2012), una invisibilització dels casos, tant pel fet que es tracta d'una esfera privada a la qual els professionals i les autoritats no tendeixen a avantposar-se per la incapacitat d'identificació dels senyals d'abús, com pel respecte a la intimitat de la persona. I, d'altra banda, perquè l'absència d'informació i de protocols d'actuació actuen com a barreres davant la denúncia. Es traduiria en una pobra conscienciació sobre el tema que, en cap cas, ajudaria les víctimes a posar fi a la situació.

Però, a més, seguint el discurs de Manthorpe et al. (2012), s'han de destacar quatre barreres generals¹ més que actuen en la nostra societat i que dificulten la presa de decisions davant la denúncia. Per començar, les normes i els procediments bancaris són insuficients per identificar l'explotació financera, ja que els empleats no tendeixen a esbrinar què ocorre en casos en què les persones grans clarament no poden assumir competències bancàries. No obstant això, l'altra cara de la moneda és que les seves polítiques de protecció de dades són molt estrictes i dificulten en gran manera l'obtenció d'informació per identificar si es tracta d'un abús financer (Blum et al., 2013). D'altra banda, la cultura pot influir-hi molt, de manera que alguns col·lectius contrets mostren una desconfiança més gran davant les autoritats i, en canvi, els membres de la família tenen més confiança a utilitzar els actius de les persones grans (Hall et al., 2005; DeLiema et al., 2012).

A més, s'han d'identificar errades en el sistema de protecció de persones grans que provoquen una gran incertesa en els professionals, els quals no saben com actuar en nombrosos casos. Blum et al. (2013) destaquen l'absència de legislació específica i de protocols vinculats a l'abús financer en l'àmbit nacional. Per exemple, els cossos de seguretat no saben si posar una denúncia contra els familiars de les persones grans, especialment si es té en compte que les persones grans no volen represàlies sobre la seva família, i els professionals sanitaris poden tenir problemes a l'hora de detectar signes d'abusos econòmics per falta de formació. Manthorpe et al. (2012) parla sobre aquest darrer aspecte, la baixa qualificació dels professionals sanitaris per identificar l'abús econòmic, subestimant, fins i tot, els indicadors exposats per les persones grans. S'ha de prestar una atenció especial als serveis socials per a la identificació dels abusos econòmics. En l'estudi de Pérez-Rojo et al. (2013), s'observa que els casos identificats ho van ser tots des de serveis socials. De fet, s'ha de destacar com a darrera barrera l'absència de professionals de confiança, és a dir, que no únicament s'hauran de formar en competències, sinó que també es recomana que adquireixin habilitats empàtiques i d'escolta activa que afavoreixin l'establiment d'una relació víctima-professional. Com dèiem, les persones grans rebutgen parlar amb un policia sobre la seva família. En canvi, sí que ho farien si confiessin en el professional.

És per això que s'aposta per un pla preventiu, consistent en la transmissió de possibles actuacions de com procedir amb els seus actius o serveis d'orientació que els ajudin a gestionar-los davant la mínima sospita, especialment si identifiquen possibles indicis de demències o deterioracions cognitives (potencials factors de risc). Les evidències empíriques mostren que ja en les primeres fases de deteriorament cognitiu es perden competències financeres, per la qual cosa la planificació anticipada es converteix en un recurs essencial (Gómez et al., 2007).

¹ En aquest apartat es fa referència a les barreres generals davant la denúncia. S'han de distingir de les que es refereixen a la denúncia dels fills, especificades a l'apartat 2.1.

A manera de síntesi, s'han de destacar les recomanacions que proposa Rabiner, O'Keeffe i Brown (2006) per abordar l'abús financer de persones grans, que giren entorn de quatre esferes concretes:

- *La recerca.* És necessari seguir investigant i dur a terme estudis longitudinals per a una comprensió més gran del fenomen, les seves conseqüències i les possibles mesures a dur a terme per evitar-lo.
- *Conscienciació pública i educació.* S'ha d'exposar l'existència d'aquesta tipologia d'abús i això implica treballar sobre la consciència en la població i el treball sobre la prevenció. A més, es recomana iniciar campanyes per a la prevenció i l'eradicació, com les desenvolupades als Estats Units.
- *Consciència professional, educació, capacitat i coordinació.* Resultarà essencial que el sector professional estigui preparat per al treball amb casos d'abús financer i, per a això, també s'ha d'educar i formar i alhora dur a terme programes que hi treballin. Això ens fa arribar a la conclusió que és necessari tot un treball previ, multidisciplinari, per a l'establiment de protocols d'actuació i informació sobre què es pot fer davant un cas d'abús financer, així com conscienciar la ciutadania sobre aquesta problemàtica, juntament amb la formació de personal que treballi en tot això.
- *Protecció legal de l'Estat.* Més adequació i explicació de les mesures que la gent gran pot sol·licitar per al maneig de les seves propietats, de manera que hi hagi més coneixement i seguretat sobre qui té el control.

Resulta essencial acabar exposant que no s'aconseguirà cap resultat si no es dota d'informació i s'afavoreix la conscienciació de les possibles víctimes d'aquest abús, amb la intenció que en tot moment coneguin de quina manera poden gestionar els seus béns, on poden obtenir l'ajuda necessària i se'ls ofereixi les eines necessàries per denunciar situacions d'explotació financera amb la seguretat d'estar sota protecció. És a dir, s'ha de dotar les persones grans de protocols que els guiïn en les actuacions, que estiguin al seu abast i que no els comprometin en cap situació (per exemple, deixant aquests protocols a manera de fullets explicatius en ambulatoris, centres socials, residències o centres de dia).

Referències bibliogràfiques

Acierno, R., Hernandez-Tejada, M., Muzzy, W. i Steve, K. (2009). National elder mistreatment study. Washington, National Institute of Justice. Disponible a: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf

Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. i Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, 100, 292–297. DOI: 10.2105/AJPH.2009.163089

Allen, J. V. (2000). Financial abuse of elders and dependent adults: The FAST (Financial Abuse Specialist Team) approach. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(2), 85-91. DOI: 10.1300/J084v12n02_09

Blum, B., Gómez-Durán, E. L. i Richards, D. (2013). Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(2), 63-69. DOI: 10.1016/j.remml.2013.02.001

Bond, J. B., Cuddy, R., Dixon, G. L., Duncan, K. A. i Smith, D. L. (2000). The financial abuse of mentally incompetent older adults: A Canadian study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11(4), 23-38. DOI: 10.1300/J084v11n04_03

Bureau of Justice Statistics (BJS). Disponible a: <http://www.bjs.gov/>

Choi, N., Kulick, D. i Mayer, J. (1999). Financial exploitation of elders: analysis of risk factors based on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3-4), 39-62, DOI: 10.1300/J084v10n03_03

Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Fairman, K. P., Rosen, A. i Wilber, K. H. (2011). Conceptual model and map of financial exploitation of older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23(4), 304-325. DOI: 10.1080/08946566.2011.584045

Deem, D. L. (2000). Notes from the field: Observations in working with the forgotten victims of personal financial crimes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12, 33-48. DOI: 10.1300/J084v12n02_05

DeLiema, B. S., Gassoumis, Z. D., Homeier, D. C. i Wilber, K. H. (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: Low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 1333-1339. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04025.x

Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinya, D. i Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *The American Geriatrics Society*, 57, 815–822. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x

Gibson, S. C. i Qualls, S. H. (2012). A family systems perspective of elder financial abuse. *Generations*, 36(3), 26-29.

Golding, J. M., Hodell, E. C., Dunlap, E. E., Wasarhaley, N. E. i Keller, P. S. (2013). When a son steals money from his mother: Courtroom perceptions of elder financial exploitation. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25 (2), 126-148. DOI: 10.1080/08946566.2013.751816

Gómez, L. A., Rodríguez, G. i Krug, E. (2007). Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(1), 27-34. DOI: 10.1016/S0211-139X(07)73518-7

Hall, R. C. W., Hall, R. C. W. i Chapman, M. J. (2005). Exploitation of the elderly: undue influence as a form of elder abuse. *Clinical Geriatrics*, 13(2), 28-36. DOI: 10.1016/j.reml.2013.02.001

Iborra I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).

Jackson, S. L. i Hafemeister, T. L. (2010). *Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors and society's response*. University of Virginia. Disponible a: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/233613.pdf>

König, J. i Leembruggen-Kallberg, E. (2006). Perspectives on elder abuse in Germany. *Educational Gerontology*, 32(1), 25-35. DOI: 10.1080/03601270500338591

Manthorpe, J., Samsi, K. i Rapaport, J. (2012). Responding to the financial abuse of people with dementia: a qualitative study of safeguarding experiences in England. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1454–146. DOI: 10.1017/S1041610212000348

Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., Macassa, G. i Soares, J. F. J. (2009). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS ONE*, 8(1): e54856. doi:10.1371/journal.pone.0054856

Mukherjee, D. (2013). Financial exploitation of older adults in rural settings: A family perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25(5), 425-437. DOI: 10.1080/08946566.2012.751828

National Committee for the Prevention of Elder Abuse. Disponible a: <http://www.preventelderabuse.org>

Nerenberg, L. (1999). Culturally specific outreach in elder abuse. A: T. Tatara (Ed.), *Understanding elder abuse in minority populations* (p. 205-220). Philadelphia, Brunner/Mazel.

Payne, B. i Strasser, S. (2012). Financial exploitation of older persons in adult care settings: Comparisons to physical abuse and the justice system's response. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(3), 231-250. DOI: 10.1080/08946566.2011.653315

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. i Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 41 (12), 522-526. DOI: 10.1016/j.medcli.2012.09.048

Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4, 5-58. DOI: 10.1300/J084v04n01_02

Rabiner, D., O'Keeffe, J. i Brown, D. (2006). Financial exploitation of older persons. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2), 47-68. DOI: 10.1300/J031v18n02_04

Santos, C. M., Marchi, R. J. ., Martins, A. B., Hugo, F. N., Padilha, D. M. P. i Hilgert, J. B. (2012). The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Brazilian Oral Research*, 27(3), 197-202. DOI: 10.1590/S1806-83242013005000011

Ser'vé, A. 2009. More than wife abuse that has gone old: A conceptual model for violence against the aged in Canada and the US. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2), 279-292.

Sierra, R (1997). *Técnicas de investigación social: teorías y ejercicios*. Madrid, Paraninfo.

Stamatel, J. i Mastrocinque, J. (2011). Using national incident-based reporting system (NIBRS) data to understand financial exploitation of the elderly: A research note, victims and offenders. *An International Journal of Evidence-based Research, Policy and Practice*, 6(2), 117-136. DOI: 10.1080/15564886.2011.557321

Tatara, T. (1998). *The national elder abuse incidence study: Executive summary*. Nova York, Human Services Press.

Teaster, P., Otto, J., Dugar, T., Mediondo, M., Abner, E. i Cecil, K. (2007). *The 2004 survey of state Adult Protective Services: Abuse of adults 60 years of age and older*. Report to the National Center on Elder Abuse, Administration on Aging, Washington.

Wilber, K. H. i Reynolds, S. L. (1996). Introducing a framework for defining financial abuse of the elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8(2), 61–80. DOI: 10.1300/J084v08n02_06

World Health Organization (2002). *Abuse of the elderly*. Disponible a: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/elderabusefacts.pdf

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. Treballa com a psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència, tant presencials com en línia. La seva línia principal de recerca és la violència de gènere en les dones grans. És secretaria de l'*Anuari de l'envelliment* de Illes Balears des de 2009.

MARINA BLASCO ESCANDELL

Palma, 1991. Graduada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Actualment cursa el Màster d'Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO) a la Universitat de les Illes Balears. Ha fet el curs La Acción Comunitaria: Intervenciones Desde los Ámbitos de Salud, Educación y Servicios Sociales a la UNED. També ha fet el curs de Direcció de Temps i Lliure i Monitora de Temps Lliure a l'Institut de Formació Ramón Serra – Escola d'Esplai (IFRS - EE).

Ha acumulat més de set anys d'experiència en el món del lleure amb infants i adolescents treballant sota la pedagogia Jovent i també coordinant projectes educatius dirigits a aquest col·lectiu. Ha treballat en el projecte socioeducatiu Espai, joc i lleure de l'Ajuntament de Palma.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions que ha dut a terme des de 1984, s'han centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones

grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panels Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat en 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

LA SOLEDAT DE LES PERSONES GRANS AL SEGLE XXI

La soledat de les persones grans al segle XXI

Maria Isabel Amer Riera
Maria Isabel Cuat Sintès

Resum

Els darrers anys a Europa s'ha produït un augment significatiu del nombre de persones grans, tant en termes relatius com absoluts. Paral·lelament a aquest creixement de població es produeix un increment del nombre de persones grans que viuen soles, majoritàriament dones.

L'article comença aprofundint sobre el concepte de soledat i les diferents tipologies, les variables que incideixen sobre aquest fenomen i les seves conseqüències. Després, s'analitza la seva prevalença als països de la Unió Europea, Espanya i a les Illes Balears.

Per acabar, es proposen una sèrie de recursos i projectes que es podrien implementar des de les institucions o entitats que treballen amb persones grans per afrontar aquest fet.

Resumen

En los últimos años en Europa se ha producido un aumento significativo del número de personas mayores, tanto en términos relativos como absolutos. Paralelamente a este crecimiento de población, se produce un incremento del número de personas que viven solas, mayoritariamente mujeres.

El artículo comienza profundizando sobre el concepto de soledad y las diferentes tipologías, las variables que inciden sobre este fenómeno y sus consecuencias. Después, se analiza su prevalencia en los países de la Unión Europea, España y en las Islas Baleares.

Para finalizar, se proponen una serie de recursos o proyectos que se podrían implementar desde las instituciones o entidades que trabajan con personas mayores para afrontar este fenómeno.

1. Concepte i tipus

1.1. Concepte de soledat

Al segle XXI destaca com a fenomen social l'envelliment de la població. Per aquest motiu, promoure la qualitat de vida esdevé un repte en les polítiques socials.

El concepte de qualitat de vida està definit per l'OMS com la percepció personal d'un individu de la seva situació de vida, en un context cultural i de valors en els quals viu i en

relació amb els seus objectius, expectatives, valors i interessos. Com indiquen els principis de les Nacions Unides (Moreno, 2004), inclou la dignitat, la independència, l'autorealització, la participació i les cures assistencials.

L'envelliment de la població va acompanyat per l'augment de persones que viuen o se senten soles, i per aquest motiu actualment aquest és un dels fenòmens més investigats, i afecta tot tipus de persones, ja siguin joves o grans, visquin soles o acompanyades (Rubio, 2004).

El concepte de soledat és un del més investigats actualment a Espanya per la incidència en la població.

La soledat és «una situació viscuda per una persona dins la qual hi ha una desagradable o inadmissible absència de certes relacions. Inclou situacions en les quals el nombre de relacions existents és menor del que es consideraria desitjable o admissible..., és la manera en què la persona percep, viu i avalua el seu aïllament i la manca de comunicació amb altres persones» (De Jong-Gierveld, 1998, p. 73).

La soledat és una condició de malestar emocional que sorgeix quan una persona se sent incompresa o rebutjada per altres o no té companyia per fer activitats desitjades, tant físiques com intel·lectuals, o per aconseguir intimitat emocional. L'experiència de soledat és la sensació de no tenir l'afecte necessari desitjat, i això produeix patiment, desolació, insatisfacció, angoixa, etc., si bé s'ha de diferenciar entre aïllament i desolació, és a dir, entre la situació de trobar-se sense companyia i la consciència del desig de companyia, d'enyorar persones o situacions (Rubio, 2004).

Les persones grans entenen per soledat (Rubio, 2004), majoritàriament (un 48%), un sentiment de buidor i tristor, seguit pel sentiment d'haver perdut les persones estimades (42,3%), la manca de contactes socials i o familiars (28,5%), l'absència o llunyania de la família (26,8%) i el fet de no sentir-se útil per a ningú (17,3%).

El concepte de soledat té tres dimensions (De Jong-Gierveld, 1995):

- Tipus de dèficit social experimentat: es refereix a la naturalesa i intensitat de les relacions perdudes.
- Perspectiva temporal associada a la soledat: es diferencia la soledat com una experiència temporal de la soledat permanent.
- Característiques emocionals lligades a l'avaluació per part del subjecte de la situació social en què es troba: absència de sentiments positius com benestar emocional i presència de sentiments negatius com tristor, incertesa i por.

Les conseqüències de la soledat poden anar des de l'autopercepció de desadaptació, situació que va lligada a una pèrdua de l'activitat i a l'aïllament social i pot anar acompanyada de trastorns afectius i deteriorament funcional i físic, fins a una vessant més positiva, en què s'activen mecanismes adaptatius davant la soledat; aquest fet comporta viure una soledat amb èxit i obtenir-ne rendiment.

Les conseqüències més patològiques de la soledat es produeixen en aquelles persones amb trastorns adaptatius i de personalitat, consum excessiu d'alcohol, trastorns greus d'ansietat o autoestima molt baixa, entre d'altres.

López-Bermejo (2014) parla fins i tot de la «síndrome de la soledat» i la defineix com l'estat psicològic conseqüència de pèrdues en el sistema de suport individual, disminució de participació en les activitats en la societat i sensació de fracàs en la vida. Les conseqüències d'aquesta síndrome són el debilitament del sistema immunològic, depressió, baixa autoestima i fins i tot risc més gran de suïcidi.

1.2. Tipus de soledat

- Objectiva vs. Subjectiva:

Weiss (1973) considera que la soledat té dues vessants: la social, que es refereix a un dèficit en les relacions, la xarxa i el suport social; i l'emocional, que es defineix com una manca quant a proximitat o intimitat cap a l'altre. En aquest sentit, cal diferenciar entre estar sol (soledat objectiva) i sentir-se sol (soledat subjectiva). Les conseqüències de les dues són molt diferents: estar sol va associat a aïllament i desarrelament, mentre que sentir-se sol va unit a sentiments de tristor, nostàlgia...

- Crònica vs. situacional vs. transitòria:

Des d'una perspectiva temporal es poden diferenciar tres tipus diferents de soledat (Montero y Sánchez-Sosa, 2001):

- Soledat transitòria: la més freqüent, associada a breus períodes de sensació de soledat.
 - Soledat situacional: associada a situacions estressants com la mort de la parella o el divorci.
 - Soledat crònica: més permanent en el temps, quan la persona se sent incapaç d'establir o mantenir relacions socials satisfactòries.
- Emocional vs. social (López-Bermejo, 2014):
- Emocional: manca d'una relació íntima i propera; produeix sentiments de buidor, tristor i ansietat.

- Social: absència de xarxa social satisfactòria; produeix sentiments d'avorriment, fàstic i exclusió. S'arriba a l'aïllament per diferents factors que depenen de variables com el comportament, tant de les persones grans, que poden preferir-lo a pagar el preu de la relació, com de les famílies, que poden delegar l'atenció en els serveis socials; factors socials que duen a l'aïllament per la imatge de la vellesa com a etapa improductiva i desvalorada; factors espacials, atès que aquest és un fenomen preponderantment urbà; factors psicològics, especialment per la «síndrome de Diògenes» o per l'actitud d'algunes persones grans que les porta a aïllar-se voluntàriament i abandonar-se a les autocures, i finalment per factors de salut, que generen dependència, discapacitats i por de sortir del domicili.
- Desitjada vs. obligada:
La primera no constitueix un problema, ja que és una experiència cercada i, com a tal, percebuda com a enriquidora, perquè proporciona un sentiment d'independència i benestar: totes les persones necessiten passar cert temps soles i aquest temps s'aprofita per aconseguir certs objectius. A vegades, desitjam estar sols perquè hi ha certes coses que no poden fer-se si no és així. La segona, impactant en un primer moment, pot esdevenir un problema a llarg termini si no va acompanyada d'estratègies d'enfrontament.

1.3. Factors que afavoreixen la soledat:

Hi ha diferents elements que condicionen la soledat en les persones grans (De Jong-Gierveld, 1998):

- El lloc de residència: la xarxa social que es pot establir i els sentiments de soledat poden arribar a ser diferents en entorns urbans, rurals o residencials.
- Característiques personals com l'edat: com més gran és la persona, amb més dificultat accedeix a la xarxa social.
- Composició de la llar: viure sense parella (fadrins, separats, vidus) i sense fills influeix en el risc de soledat.
- Situació dels membres de la llar: malalties o situacions de dependència de la parella, divorci dels fills...
- Salut: malalties cròniques i terminals.

La jubilació també pot estar vinculada amb la soledat quan l'abandonament del món laboral duu paral·lelament a un procés de desvinculació social, o si es produeix desorganització

i manca d'iniciativa per omplir la gran quantitat de temps de què es disposa. En algunes persones, la jubilació pot anar associada a una pèrdua d'identitat que produeix sentiments de buidor, tristor i soledat.

En aquest sentit, el tipus i la naturalesa de l'activitat duta a terme abans de la jubilació, la situació econòmica amb la qual s'afronta la jubilació, l'edat en què es produeix la jubilació; el fet que sigui imposada o voluntària, precipitada o planificada, l'estat de salut, la relació que es manté amb la parella i la resta de la família i els trets de personalitat, són elements que condicionen la relació entre jubilació i soledat (De Ussel, 2001).

2. Dades demogràfiques

Unió Europea

Els països de la Unió Europea pateixen els canvis de l'estructura demogràfica: descens de la natalitat i augment de l'esperança de vida (76,4% anys per als homes i 82,4 per a les dones). Les persones més grans de 65 anys representen el 17,4% del total de la població europea. Les projeccions demogràfiques apunten que l'any 2020 aquest percentatge arribarà al 28%. Paral·lelament a aquest fenomen d'envelliment demogràfic, també augmenta el nombre de persones grans que viuen soles.

Als països membres de la Unió Europea, el 31,1% de persones més grans de 65 anys viuen soles. Aquesta xifra varia segons el país. Les persones grans de gran part dels països del nord d'Europa són les que viuen més independents a ca seva: a Holanda el 95% de les persones grans viu de forma independent; a Alemanya, França, Finlàndia i Regne Unit 9 de cada 10 persones grans viu independent a ca seva. Als països del sud i l'est d'Europa el percentatge és molt més baix, ja que és més comú que les persones grans visquin amb els fills.

La major part de les persones grans vol viure de forma independent en un entorn familiar.

La proporció de les dones grans que viuen soles és més gran que la dels homes (tres vegades més), a causa, d'una banda, de la major esperança de vida de les dones, i de l'altra, de la tendència de les dones d'aquella generació a casar-se amb homes més grans que elles. Darrerament a aquest fet s'ha afegit l'augment de dones grans que es divorcien (Eshbaugh, 2008).

A la Unió Europea hi ha 19,1 milions de dones més grans de 64 anys que viuen soles (xifra que representa el 7,9% de la població femenina). Quant als homes grans que viuen sols, la proporció és sensiblement inferior, tan sols representen el 2,6% de la població masculina.

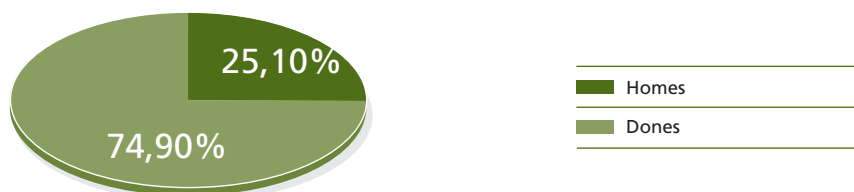
Els homes grans que viuen sols tenen un nivell més alt d'educació (Istituto per la Ricerca Sociale, IRS, 2012). Aquest fet influeix en la realitat que les dones grans que viuen soles presenten més risc de pobresa (27,4%) que els homes que viuen sols (18,8%).

Abans, les dones grans que tenien fills, quan es quedaven viudes, anaven a viure amb ells. Ara això ha canviat, les condicions de vida de les dones grans han variat molt, fet que té conseqüències en la seva salut física i psíquica, i en les seves condicions financeres. Cal conèixer la nova situació de les dones grans que viuen soles i proposar línies d'actuació adequades a les seves necessitats.

Espanya

Segons dades de l'INE, a l'Estat espanyol, dels 4,41 milions de persones que viuen soles (2013), el 41% són més grans de 65 anys (1.805.600 persones), i d'aquestes, la major part són dones. De fet, tres de cada quatre persones grans que viuen soles són dones:

Gràfic 1 | *Persones de 65 i més anys que viuen soles*



A Espanya el 2013 hi havia 8.344.944 persones més grans de 65 anys. L'índex d'envelliment arribava al 109,53%, i l'esperança de vida se situava en els 82,29 anys. Si tenim en compte que de cada vegada són més les persones grans que prefereixen viure independentment, podem comprendre que l'augment de llars unipersonals al nostre país sigui majoritàriament de persones grans (el mateix any, les persones de més de 64 anys representaven el 17,66% de la població).

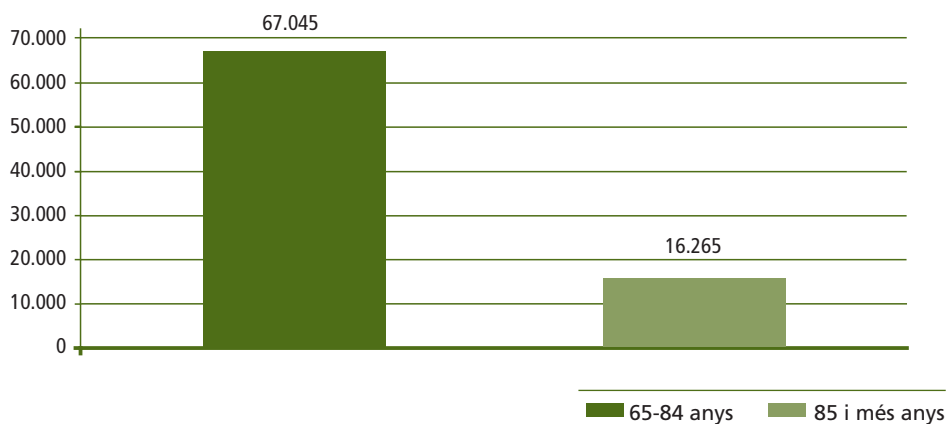
També disposam de dades, encara que no tan actualitzades (IMSERSO, 2000), del percentatge de persones grans que, visquin o no totes soles, experimenten «sensació de soledat» a l'Estat espanyol:

El 22% de les persones grans presenta sentiments de soledat, percentatge que s'incrementa amb l'edat (27% en les persones de 65 a 69 anys; 36% en els més grans de 80 anys). Quant

al sexe, les dones (39%) presenten més sentiment de soledat que els homes (21%). D'altra banda, el 38% de les persones que viuen soles se senten soles, percentatge que davalla al 8% quan viuen acompanyades. El sentiment de soledat s'experimenta més al vespre que al matí.

Illes Balears

Gràfic 2 | *Persones que viuen soles a les Illes Balears*



Font: INE, 2011.

A les Illes Balears hi ha 163.046 persones de 65 i més anys, 83.310 de les quals viuen soles (representen el 51% de la població gran, i el 19,4% del total de les Illes). L'esperança de vida és de 82 anys: 79,4 per als homes i 84,6 per a les dones.

Les possibles causes de l'increment de població gran que viu sola són, d'una banda, el descens de la fertilitat, que fa que disminueixi el nombre de possibles fills amb els quals anar a viure en cas de viduïtat. D'altra banda, en el cas de les persones grans que han fet feina, els ingressos permeten mantenir econòmicament la seva pròpia residència. En tercer lloc, hi ha un canvi de cultura: actualment els adults grans valoren més mantenir la seva independència que els adults grans de generacions passades (Eshbaugh, 2008).

3. Soledat activa, dependent, institucional

Algunes investigacions suggereixen que les persones grans que viuen en soledat tenen més probabilitats de patir més patologies físiques (caigudes, infeccions, deshidratació...) i mentals (principalment depressió), fet pel qual necessitarien més suport dels recursos

comunitaris. No és infreqüent que els serveis mèdics d'emergència trobin persones grans que viuen soles en situació de risc vital (caiguda, acubament o mort) a ca seva, després que, normalment, un veí no hagi tingut notícies seves durant uns quants dies. De fet, es calcula que el 3,2% de persones grans que viuen soles es troben en aquesta situació (Eshbaugh, 2008).

Aquesta investigadora també refereix els resultats d'un estudi de població de Hong Kong, en què es mostrava que les persones grans que vivien soles tenien una percepció més negativa de la seva pròpia salut. Sembla que les persones que viuen soles tenen també més sensació subjectiva de solitud, menor sensació de satisfacció i taxes més elevades de depressió.

No obstant això, Eshbaugh també cita estudis que mesuren la sensació subjectiva de salut que mostren que les persones grans que viuen soles tenen una percepció subjectiva de la seva salut millor que les que viuen acompanyades. Fins i tot alguns estudis mostren que tenen millor salut objectiva (Mui i Burnette, 1994). Per algunes persones grans, ca seva representa, en certa manera, la seva identitat, i la volen conservar com més temps millor. Continuar a casa, per aquestes persones, consisteix, en definitiva, en una forma de continuar donant sentit a les seves vides i conservar la seva independència mantenint certa separació entre generacions (Letvak, 1997). Els professionals que treballam amb persones grans hem de tenir present aquest simbolisme, perquè, per a aquestes persones, el fet de poder continuar vivint a ca seva de forma independent pot millorar la seva salut física i emocional.

Resumint tot el que acabam de dir, podem afirmar que, mentre que per a algunes persones grans el fet de viure soles pot augmentar el risc d'aïllament, per a altres, aquest fet incrementa la seva resiliència i constitueix una oportunitat per conservar la seva identitat, establir creativitat i donar un nou sentit a la pròpia vida.

Les persones que viuen soles, doncs, no sempre se senten soles. D'altra banda, les persones grans que viuen acompanyades poden tenir, de vegades, més sentiments de soledat. Aquest fet es pot presentar amb relativa freqüència a les residències de persones grans, on, segons López-Bermejo (2014), més de la meitat de persones se senten soles. Slettebo (2008), a l'interessant estudi «Protegits però en soledat: viure en una residència», on repassa, amb una metodologia qualitativa, les necessitats de les persones grans que viuen en un entorn residencial, arriba a la conclusió que, malgrat que aquest col·lectiu de persones se sent més protegit, també experimenta sentiments de soledat i tristor per la sensació de buidor i avorriment que omple gran part dels seus dies, i la manca de sentiment de suport emocional i companyonia.

Per compensar aquesta situació, la investigadora proposa augmentar la ràtio de professionals a les residències, per tal que no tan sols arribin a les necessitats físiques de

les persones grans, sinó també a les emocionals. Així, el personal de la residència podria tenir més temps per a la conversa i per a l'acompanyament empàtic amb els residents. D'altra banda, també proposa animar els familiars a visitar-los més i fer sortides amb ells.

Bermejo (2003), en aquest sentit, indica que al final de la vida s'experimenta més intensament el sentiment de soledat, i per aquest motiu, tal vegada, les persones grans que viuen en una residència en són més conscients. A l'entorn residencial l'experiència de soledat depèn, en gran part, de la importància atorgada a la dimensió socioemocional de la persona gran, i dels recursos per donar suport a aquest tipus de necessitats.

4. Propostes, recursos i programes

Per abordar la realitat de la soledat partim de dues premisses:

«La soledat és una condició de vida abordable més que irreversible».
«La soledat no és per patir-la, sinó per fruir-ne».

Les línies d'intervenció per abordar aquest fenomen s'adrecen a:

1. Afrontar l'estrès induït per la soledat.
2. Millorar la xarxa de relacions interpersonals.
3. Incrementar la participació social a través de la promoció d'activitats dirigides a la comunitat i en entorns residencials.

A partir d'aquesta base, s'exposen una sèrie de programes dirigits a les persones grans que viuen en entorns residencials i al propi domicili:

4.1. L'afrontament de la soledat en entorns residencials:

- Foment de les relacions entre els mateixos residents.
- Projectes intergeneracionals per educar en valors.
- Foment de la participació en activitats comunitàries de les persones que viuen en un entorn residencial.
- Foment del voluntariat per promoure la interacció entre la comunitat i els residents. Com a exemple, esmentam el projecte «Una tarda amb la Maria».
- Teràpia assistida amb animals (Banks i Banks, 2002).

4.2. L'afrontament de la soledat al domicili:

- Escola de persones grans: tindria com a objectiu aprendre a viure i afrontar els canvis vitals i socials, la pèrdua d'amistats i de parella; preparar-se per afrontar l'envelliment i valorar els beneficis de la soledat, com assumir-la, fruit-ne i utilitzar la soledat com a companya.
- Programa «Cerca de ti»: es tracta d'un programa de detecció i suport de persones grans fràgils en risc d'aïllament social.
- Programa del foment de l'associacionisme i el veïnatge. Com a exemple, el projecte «Bon Veïnatge», que promou mesures preparatòries per combatre i prevenir l'exclusió social. És un model de suport per a persones que viuen soles i que es troben en risc d'exclusió social. Es basa a potenciar les actituds solidàries entre els veïns i els valors de ciutadania, compromís i convivència; tenir en compte el paper dels veïns i veïnes com a dinamitzadors de la vida del barri i, en concret, de la gent gran; potenciar la participació de la gent gran en la vida activa de la comunitat o el barri; o sensibilitzar els veïns i veïnes que conviuen amb persones grans.
- Utilització de les noves tecnologies: per fomentar les eines informàtiques que afavoreixen la comunicació com la videoconferència, el correu electrònic i la creació de xarxes socials, entre d'altres.
- Formació en preparació per afrontar la jubilació: com a exemple, esmentam els «Cursos de jubilació activa. La vida continua», adreçats a persones jubilades o a punt de jubilar-se. Ofereixen orientació i assessorament sobre diferents aspectes de la jubilació, tant pràctics com de desenvolupament personal, sobre hàbits saludables, temps lliure, gestió econòmica, sexualitat, voluntariat.

4.3. Noves formes de convivència:

- Pisos tutelats intergeneracionals o residències tutelades d'autogestió per a persones grans.
- Projecte «Ciutat d'elles», un projecte social adreçat a dones que inclou petits habitatges individuals, espais comuns per a una comunitat autogestionada i sostenible, amb la promoció d'activitats obertes com ara activitats per a persones de l'entorn. L'objectiu és compartir la vida i les despeses, de manera que, a més de viure acompanyats, també milloren la salut i les possibilitats econòmiques.

I, en línies generals i de forma transversal, proposam l'adhesió dels municipis a la xarxa mundial de l'OMS de ciutats amigables amb les persones grans, que promou un entorn

urbà integrador i accessible que fomenti un envelliment actiu. El programa s'adreça a factors mediambientals, socials i econòmics que influeixen en la salut i el benestar de les persones grans.

Per concloure, us exposam les orientacions del Consell de la UE de 6 de desembre de 2012, relatives a les persones grans, que haurien de constituir la base de les línies estratègiques per abordar el fenomen de la soledat al segle XXI.

- Augmentar la coordinació i formació dels professionals que més directament treballen amb les persones grans (serveis socials i de salut), prendre mesures i saber com s'ha d'intervenir en la prevenció i contenció per combatre la soledat de les persones grans.

- Facilitar al màxim les iniciatives populars a favor de l'augment de les oportunitats per mantenir el contacte social de les persones grans durant el màxim temps possible.

- Prestar atenció específica a la vivència de la soledat en homes i dones, ja que les trajectòries vitals, els cursos vitals d'homes i dones són diferents, i per tant, les formes d'intervenir-hi també ho seran.

- Impulsar la intervenció local i autodirigida per combatre la soledat, de manera especial entre dones grans, perquè aquest col·lectiu és el que més la pateix. Les accions han de ser de caràcter local i, si és possible, dirigides pels mateixos usuaris, des de la seva percepció de la situació i amb l'ajuda i el suport de persones rellevants del seu entorn, com poden ser els familiars.

- Combatre l'exclusió social i l'aïllament de les persones grans en els diferents àmbits; oferir igualtat d'oportunitats i de participació en la societat mitjançant activitats culturals, polítiques i socials.

- Crear serveis comunitaris que afavoreixin la inclusió social de les persones grans oferint-los informació adequada sobre les seves oportunitats de participació, especialment per a les que estiguin en major risc social.

- Crear millors condicions per a les activitats de voluntariat que fomentin una ciutadania activa. Així es contribuiria socialment a través de les seves competències, capacitats i experiència, incloent activitats intergeneracionals i d'atenció als més grans.

- Proporcionar als més grans oportunitats d'aprenentatge, sobretot en tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). L'Estratègia Europea 2020 ha inclòs, com una de les set iniciatives emblemàtiques, «Una agenda digital per a Europa».

- Aprenentatge permanent, que es basa en l'educació al llarg de la vida, que promou i afavoreix la salut física i mental, i també la prevenció de la dependència.
- Mantenir les dones i els homes grans involucrats en processos de presa de decisions, sobretot en sectors que els afecten directament.

Referències bibliogràfiques

- Banks, M. R. i Banks, W. A. (2002). The effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *The Journals of Gerontology*, 57(7), 428-432.
- Bermejo, J. C. (2003). La soledad en los mayores. *Ars Médica*, 8, 139-158.
- De Jong-Gierveld, J. (1995). The development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-88.
- De Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.
- Eshbaugh, E. (2008). Perceptions of Living Alone Among Older Adult Women. *Journal of Community Health Nursing*, 25, 125-137.
- IMSERSO (2000). La soledad de las personas mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 3, 1-6.
- IMSERSO (2014). *Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea, de 6 de diciembre de 2012, relativas a las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) (2012). *Women living alone, an update*. Brussels: Policy Department: Citizen's Rights and Constitutional Affairs. European Parliament.
- Letvak, S. (1997). Relational experiences of elderly women living alone in rural communities: A phenomenological inquiry. *Journal of the New York State Nurses Association*, 28, 20-25.
- López-Bermejo, L. (2014). *La Soledad en los mayores. Tercera Jornada de Debate sobre el Documento de Propuestas de Desarrollo de las Orientaciones de la UE sobre Personas Mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia*, 4, 187-198.
- Montero, M. i Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 19-27.
- Mui, A. C. i Burnette, J. D. (1994). A comparative profile of frail elderly persons living alone and those living with others. *Journal of Gerontological Social Work*, 21, 5-26.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores.
- Slettebo, A. (2008). Safe, but lonely: living in a nursing home. *Vard i Norden*, 87(28), 22-25.
- Weiss (1973): *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

Autores

MARIA ISABEL AMER RIERA

Manacor, 1958. Llicenciada en Psicologia per la UB, especialitzada en Psicologia Clínica, i diplomada en Logopèdia per l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Ha estat professora associada del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB. La seva experiència professional se centra en la coordinació d'iniciatives de l'Àrea de Gent Gran del Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca.

MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau de Demències i Malaltia d'Alzheimer (ISEP). Màster en Musicoteràpia (ISEP i Universitat de Vic). Actualment treballa com a tècnica a l'Àrea de Gent Gran a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, i com a professora associada a la Universitat de les Illes Balears, Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

**DRETS, JUSTÍCIA I VULNERABILITAT
SOCIAL EN PERSONES GRANS:
UNA NOVA APROXIMACIÓ AL FENOMEN**

Drets, justícia i vulnerabilitat social en persones grans: Una nova aproximació al fenomen

Lydia Sánchez Prieto

Rosario Pozo Gordaliza

«Society for all ages encompasses the goal of providing older persons with the opportunity to continue contributing to society.»

(Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002)

Resum

L'envelliment de la població en les societats «més desenvolupades» és una de les principals fites històriques d'aquest segle però també planteja un gran desafiament per a les nostres societats (Organització de les Nacions Unides, 2011). Homes i dones d'edat avançada experimenten situacions i contextos de discriminació multidimensional i diferencial, basada no només en l'edat sinó en altres factors, com el gènere, l'origen ètnic, el lloc de residència, nivells de discapacitat, la pobresa, la sexualitat o el nivell cultural. És per això que al llarg de l'article, i des d'una mirada global, es planteja donar llum a una pregunta molt concreta: quina és la relació existent entre discriminació per edat i drets de les persones grans? Per a això presentem diversos apartats. En primer lloc, parlarem dels instruments internacionals i nacionals de drets humans de les persones grans. En segon lloc, de la vulnerabilitat social en les persones grans, així com dels seus contextos i processos d'envelliment al món. Finalment, farem esment dels reptes de futur més significatius en matèria de drets humans en el col·lectiu de persones envellides.

Resumen

El envejecimiento de la población en las sociedades «más desarrolladas» es uno de los mayores hitos históricos de este siglo pero también plantea un gran desafío para nuestras sociedades (Organización de las Naciones Unidas, 2011). Hombres y mujeres de edad avanzada experimentan situaciones y contextos de discriminación multidimensional y diferencial, basada no sólo en la edad sino en otros factores, como el género, el origen étnico, el lugar de residencia, niveles de discapacidad, la pobreza, la sexualidad o el nivel cultural. Es por ello que a lo largo del artículo, y desde una mirada global, se plantea dar luz a una pregunta muy concreta ¿cuál es la relación existente entre discriminación por edad y derechos de las personas mayores? Para ello presentamos varios apartados. En primer lugar, hablaremos de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. En segundo lugar, de la vulnerabilidad social en las personas mayores, así como de sus contextos y procesos de envejecimiento en el mundo. Por último abordaremos los retos de futuro más significativos en materia de derechos humanos en el colectivo de personas mayores.

1. Introducció i contextualització del fenomen

Des de l'any 1982 la comunitat internacional ha explorat la temàtica de l'envelliment i els drets humans, i no és fins al 2002, amb la declaració internacional sobre la situació de les persones grans, amb el Pla d'Acció de Madrid, que s'arriba a un punt d'inflexió

interessant, ja que s'aposta per l'eliminació de la discriminació, l'abús i la violència contra les persones grans. És perceptible el canvi de paradigma tan demanat de la consideració de l'envelliment com un assumpte de drets humans, ja que, tal com es detalla en l'informe de l'Organització de les Nacions Unides (2011) de drets humans de les persones grans, l'envelliment de la població en les societats «més desenvolupades» és un de les principals fites històriques d'aquest segle però també planteja un gran desafiament per a les nostres societats. La població mundial envelleix ràpidament, sobretot les persones de més de 60 anys. Aquest col·lectiu tan heterogeni està augmentant més ràpidament que qualsevol altre grup d'edat a causa de la disminució de la natalitat i l'augment de la longevitat. Segons l'Organització de les Nacions Unides (2011) uns 700 milions de persones tenen més de 60 anys. La previsió per al 2050 és que més d'una persona de cada cinc tindrà 60 anys o més (i un bon percentatge d'aquest rostre estarà feminitzat). Però quina és la relació existent entre discriminació per edat i drets de les persones grans? Els homes i les dones d'edat avançada experimenten situacions i contextos de discriminació multidimensional i diferencial, basada no només en l'edat sinó en altres factors, com el gènere, l'origen ètnic, el lloc de residència, nivells de discapacitat, la pobresa, la sexualitat o el nivell cultural.

1.1. Instruments internacionals i nacionals de drets humans de les persones grans

Encara que una bona part dels tractats internacionals de drets humans estableixen obligacions internacionals aplicables per a la protecció de les persones grans, tals com el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals, el Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics, la Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona i la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, hi ha poques referències explícites sobre persones grans en instruments internacionals vinculants als drets humans. Alguns òrgans o tractats especials han aplicat les normes existents en relació amb el dret a la seguretat social, el dret a la salut, la igualtat davant la llei i la garantia del dret a un nivell de vida adequat sense discriminació de les persones grans.

Segons diferents autors (Beard et al., 2011), l'experiència de l'envelliment varia segons els continents i els països (inter-intra-nació), l'edat (de 60 a 80 anys), el sexe, l'etnicitat, el nivell sociocultural i econòmic, i el nivell de deterioració cognitiva, social, físic i psicològic, entre altres. A més, en alguns contextos les persones grans comparteixen, com a col·lectiu, experiències vinculades a estereotips i prejudicis que afronten de manera sistemàtica, així com molts desavantatges socials o econòmics, o les limitacions en la seva participació i poder de decisió (Organització de les Nacions Unides, 2013).

En l'àmbit mundial, la resposta dirigida a la protecció dels drets de les persones adultes per part d'alguns dels països i dels governs ha estat desigual i poc consistent, aïllada i insuficient, ja que no existeix un marc legal i institucional que reculli de manera explícita i àmplia la situació d'aquest sector de la població. Alguns governs, especialment en els

últims anys, han començat a considerar la necessitat de dissenyar mecanismes de protecció específica, per exemple, a través del reconeixement constitucional del principi d'igualtat i no-discriminació per raons d'edat, l'adopció de legislació i polítiques públiques que combaten la discriminació per edat en l'ocupació o l'ampliació de la cobertura del sistema de pensions. Resulta molt interessant l'Informe de l'Organització de les Nacions Unides (2011) que analitza 130 països. La publicació analitza diferents indicadors demogràfics, socials i econòmics dels anomenats «arranjaments residencials» de les persones de més de 60 anys. A continuació en detallarem alguns dels aspectes més rellevants:

- Aproximadament una de cada set persones grans (90 milions) viu sola amb la idea de voler viure una vida independent. Són més les dones que viuen soles que els homes. Es dona un percentatge més alt, sobretot als països europeus, de persones grans que viuen sense els fills, mentre que en la resta de països la majoria viuen amb ells.
- En molts països «més desenvolupats socialment i econòmicament» les llars residencials són una opció per a les persones grans que no es valen per si mateixes o necessiten atenció mèdica especialitzada. Els països amb nivells més alts de desenvolupament econòmic i social presenten la síndrome del niu buit. Als països amb nivells baixos de desenvolupament la residència en comú amb els fills tendeix a associar-se amb una posició socioeconòmica més elevada.
- En molts països on les taxes de VIH són elevades les persones grans s'ocupen dels nés però no viuen amb els fills (famílies sense la generació intermèdia). A la majoria dels països de l'Àfrica subsahariana i països d'Amèrica llatina i el Carib més del 10% de les dones grans viuen en famílies sense la generació intermèdia. A Malawi, Rwanda, Zàmbia i Zimbabwe, entre el 21% i el 25%.
- Les persones grans que viuen soles o en famílies sense generació tendeixen a constituir un grup especialment desfavorit i les dones grans són les que es troben freqüentment en aquesta situació. A més «els arranjaments residencials» de les dones grans són diferents. La tendència a l'augment del percentatge de persones grans que viuen soles s'ha alentit o interromput en alguns països desenvolupats (Canadà i EUA).

2. Vulnerabilitat social en les persones grans: Una mirada global

L'absència de drets o la limitació legislativa en un estat, el desemparament institucional, representarà situacions d'indefensió i de vulnerabilitat per a la gent gran, per la qual cosa l'abordatge de les condicions associades a aquests col·lectius es converteix en una eina essencial si es pretén comprendre la importància dels seus drets i posteriorment, la planificació de polítiques d'acció, segons Sáez, Pinazo i Sánchez (2008). Els autors reflexionen

sobre com el terme vulnerabilitat es tendeix a vincular amb envelliment i es desenvolupen visions estereotipades de les persones grans. Per tant, cal remarcar un aspecte que tendeix a ser obviat, però que representa un dels principis bàsics dels quals s'ha de partir: «l'edat no és un determinant de vulnerabilitat». Tot i així, l'objectiu d'aquest document és destacar els col·lectius de gent gran que sí que presenten o poden presentar un estatus de vulnerabilitat, la seva representativitat en l'àmbit mundial, i visualitzar la necessitat de l'establiment de legislació i polítiques intersectorials que assegurin l'equitat entre sectors d'edat.

Sánchez-González i Egea-Jiménez (2011) entenen la vulnerabilitat social en les persones grans com processos socials que generaran situacions de desigualtat i situacions de risc per a aquest col·lectiu. Subirats, Alfama i Obradors (2009) afegeixen a la definició anterior que aquests processos es convertiran en dinàmiques d'expulsió o obstaculització de l'accés a determinats espais, drets o relacions socials que representaran l'únic mitjà per aconseguir certs recursos. Sánchez-González i Egea-Jiménez (2011) diferencien tres tipologies diferents de vulnerabilitat: la vulnerabilitat física, referida a situacions de discapacitat o de limitacions físiques; la vulnerabilitat social, associada a situacions de dependència i sobre la qual influiran elements sociofamiliars, i la vulnerabilitat ambiental, caracteritzada pels riscos associats al context ambiental de l'envelliment. A aquests aspectes, Sáez et al. (2008) afegiran, com hem dit anteriorment, la indefensió compresa com a desempament institucional o de marc legislatiu específic. La majoria de les avaluacions de vulnerabilitat en persones grans podrien orientar-se cap als tres eixos de referència següents (Prieto i Formiga, 2009):

1. Capital físic: Es refereix a condicions ambientals i de l'entorn, tals com infraestructures inadequades o inhabilitades, absència de recursos mínims (com aigua corrent, mitjans de comunicació o corrent elèctric) i barreres arquitectòniques.
2. Capital humà: En aquest cas, s'aborden factors com la formació (analfabetisme), la protecció social o els sistemes sanitaris.
3. Capital social: Associat a condicions econòmiques, llars unipersonals, inserció laboral, pensions o participació activa en la política, en la societat o en la comunitat.

El problema, segons Lafuente, Faura i Losa (2011), és que la combinació, acumulació i superposició de situacions de desavantatge o de vulnerabilitat social poden conduir a l'exclusió social d'aquest col·lectiu. Cal remarcar, com fan Sáez et al. (2008), que resultarà impossible definir persones vulnerables com a marginades o excloses socials, responnent a un sol criteri. S'ha d'identificar el seu origen, igual que han de ser compreses sobre la base de les dinàmiques i mecanismes materials i culturals d'estructuració social, en què, en el cas de la gent gran, l'eix de desigualtat és l'edat (Subirats et al., 2009). Però, com es podrà observar a continuació, sí que es podran perfilar una sèrie d'elements que incidiran sobre els nivells de vulnerabilitat.

Per començar, nombrosos autors apunten la pobresa com un dels indicatius de més vulnerabilitat social (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011; Subirats et al., 2009; Zunzunegui i Béland, 2010). De fet, Subirats et al. (2009) se situen en un continu integració-vulnerabilidad-pobresa/desafiliació, en el qual integració i pobresa són els components més extrems. El Estudio económico y social mundial, de l'Organització de les Nacions Unides (2007), indica que fins a 342 milions de persones grans avui dia no gaudeixen d'una garantia suficient d'ingressos, valor que s'incrementarà fins als 1.200 milions el 2050 si no s'amplia la cobertura dels mecanismes que actualment s'ocupen d'oferir una garantia d'ingressos a les persones grans. Així mateix, també es preveu un augment de la relació de dependència. El 2025 es calcula que hi haurà 53 persones per cada 100 en edat de treballar i el 2050 s'arribarà al 57%. Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (2013), les taxes de risc de pobresa a Espanya en persones de 65 anys o més arribarien al 14,8%. No cal dir que l'economia familiar també es veurà afectada i arribarà a nivells elevats d'amenaça, si només hi ha un sol proveïdor econòmic i aquest mor o es queda sense ingressos. Els índexs de pobresa, un dels principals indicadors d'exclusió social, han sofert transformacions en els últims anys. A la fi del segle XX la pobresa estava concentrada especialment en certs grups d'edat, mentre que en la primera dècada de segle XXI també els sectors infantils i juvenils estan adquirint protagonisme (Marí-Klose i Marí-Klose, 2012).

Però, a més, tal com es recull en l'Enquesta de condicions de vida (ECV) 2004 (Instituto Nacional de Estadística, 2005), viure sol incrementarà el risc de pobresa en un 51,8% (gairebé el doble). Les noves estructures familiars vinculades a la societat actual, juntament amb una esperança de vida més alta, condueixen al fet que més persones de 60 anys o més es troben en situació de separació o de divorci (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011). Aquest fenomen demogràfic emergent suposa l'increment del nombre de llars unipersonals, cosa que fa augmentar la probabilitat que apareguin situacions de solitud i aïllament. Lafuente et al. (2011) assenyalen que les llars unipersonals formades per persones de més de 65 anys són un dels factors de més risc de vulnerabilitat d'exclusió social.

A aquest darrer punt caldrà afegir que les noves estructures familiars, així com la incorporació de la dona al mercat laboral, influeixen directament sobre el sistema informal de cures de persones vulnerables. Per tant, s'incrementarà cada vegada més el nombre de persones grans que es veuran desproveïdes de cures informals i de suport social. L'estudi econòmic i social mundial de l'Organització de les Nacions Unides (2007) calcula que, en tot el món, una de cada set persones més grans de 60 anys, 90 milions en total, viu sola i aquesta relació ha augmentat en la majoria dels països durant l'últim decenni. Hi ha diferències per gènere, de manera que un 19% de les persones grans que viuen soles són homes en contraposició amb el 8% de dones. En concret, serà Europa el continent amb més diferències, en què hi haurà un 37% d'homes versus un 16% de dones. Puga, Rosero-Bixby, Glaser i Castro (2007) destaquen diferents models de convivència en la vellesa en funció de la zona territorial abordada, de manera que els països llatinoamericans es caracteritzarien per la coresidència intergeneracional

(10% de les persones grans viuen soles), els països anglosaxons per casos d'independència (un 33% viuen sols i un 11% tenen un fill a casa) i Espanya, en concret, per un model basat en la independència, però únicament residencial (un 23% viuran sols i un 27% tindran un fill a casa). Els resultats assenyalen que la convivència entre els membres d'una mateixa família sembla tenir efectes positius, especialment sobre la salut, si no és per necessitat (situacions de dependència o malaltia). El model espanyol ha evolucionat cap a una independència residencial més gran, però el suport social segueix mantenint-se a les estables xarxes familiars que sol haver-hi. Moriarty i Butt (2004) també assenyalen que la convivència, igual que la xarxa social, s'associava a factors culturals i ètnics (asiàtics, del Carib, africans),¹ de manera que, en el seu estudi, verificaven que les persones grans pertanyents a minories ètniques, especialment les asiàtiques,² tenen més tendència a viure amb un nombre de persones més gran que els «blancs» (caucàsics britànics). De fet, apuntaven que quan es produïa una pèrdua econòmica eren els grups minoritaris els que responien amb un suport més gran a aquestes persones grans, mitjançant atenció i cures.

En la mateixa línia, s'ha de suggerir que és el canvi d'etapa evolutiva, quan arriben a la jubilació, un dels punts d'inflexió que pot comportar una vulnerabilitat més alta en les persones grans, principalment a causa que poden disminuir els seus ingressos o poden sofrir una deterioració en la seva qualitat de vida (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011). Espanya és un dels països amb taxes més altes d'inactivitat laboral a partir dels 65 anys o més (un 40% de la població de gent gran durant el 2008) (Zunzunegui i Béland, 2010). Si s'hi sumen possibles limitacions o malalties vinculades a l'edat, la persona gran pot iniciar una fase d'indefensió (Lafuente, et al., 2011). Seria el cas concret de les situacions de discapacitat o de dependència, que influiran directament en la qualitat de vida, i poden predisposar a la gent gran a una situació d'amenaça més alta.

D'altra banda, Zunzunegui i Béland (2010) assenyalen que, juntament amb la recessió econòmica que es va iniciar el 2008, s'ha observat una disminució de les prestacions dels serveis socials i serveis sanitaris i, per tant, de l'ús d'aquestes pel col·lectiu de gent gran, la qual cosa fa augmentar l'amenaça.

En l'àmbit ambiental, l'habitatge també es pot considerar com un factor de risc, especialment quan no s'han acabat d'habilitar les zones de la casa d'acord amb les característiques de la persona gran o està desproveïda d'instal·lacions mínimes, com aigua corrent (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011; Prieto i Formiga, 2009), tot i que la vulnerabilitat pot estar produïda amb freqüència per l'entorn, les barreres arquitectòniques (escales, murs o barreres) (Zunzunegui i Béland, 2010), l'absència de serveis adaptats a la gent gran, com ara transports amb rampes o provisió de seguretat suficient per evitar abusos (robatoris o estafes, entre altres).

¹ S'ha respectat la diferenciació ètnica exposada pels autors.

² En concret, en la mostra participen persones grans de procedents de Bangla Desh i Pakistan.

Cal tenir en compte que hi ha una bretxa de gènere que provoca que el col·lectiu de dones grans encara es trobi en una situació de més vulnerabilitat, atès que sovint tenen menys recursos interns i externs (xarxes de suport social, ingressos, ocupació, etc.), i el sexe es converteix en un altre factor de risc (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011).

Cal dir que s'estableixen diferències culturals, socials i demogràfiques en funció de la geografia mundial. Moriarty i Butt (2004) assenyalen que les ètnies minoritàries es caracteritzen perquè s'adapten més bé a les circumstàncies adverses desencadenades amb l'envelliment i especialment les dones caucàsiques britàniques expressaven pitjors percepcions i experimentació dels processos vinculats a l'envelliment.

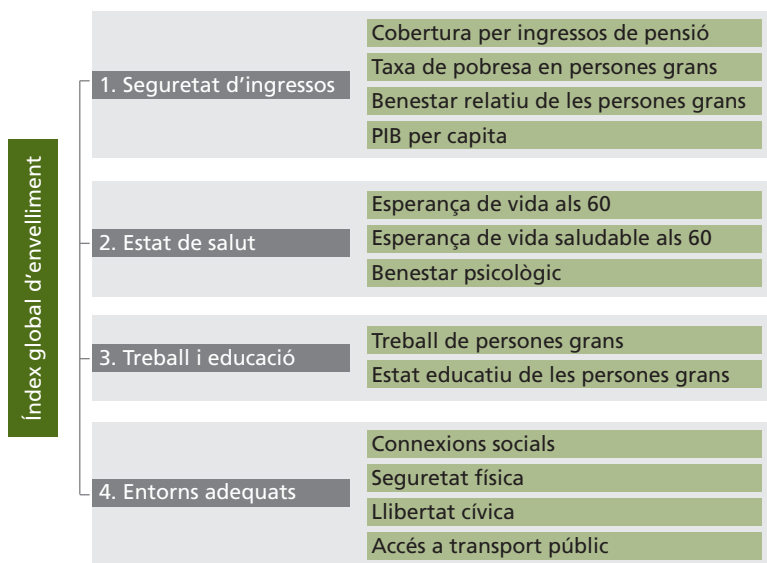
En l'àmbit estatal, segons l'article de Lafuente, et al. (2011), on s'estableixen resultats a partir de l'Enquesta de condicions de vida de 2008 (ECV) (Instituto Nacional de Estadística, 2009), la comunitat autònoma de les Illes Balears es trobaria en un estadi mitjà de vulnerabilitat, amb intervals d'incidències que van del 0,9 a l'1,1, és a dir, un 32,27% dels enquestats illencs es trobaven en situació de vulnerabilitat. Les comunitats de les Illes Canàries, Ceuta i Melilla i Andalusia eren les que tenien valors més elevats, amb xifres del 44,74%, 40,02% i 39,30%, respectivament.

La suma dels factors anteriors, extrínsecs i intrínsecs, consolida fenòmens que representen situacions de risc per a les persones grans, les seves comunitats i els seus entorns, i, si no estan preparades per enfrontar-s'hi, poden sofrir una pèrdua del benestar aconseguit (Sáez et al., 2008; Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011).

3. Contextos i processos d'envelliment al món

El 2012 la taxa de persones de 60 anys o més va arribar a l'11% del total de la població i es preveu que s'incrementi fins al 22% l'any 2050. L'OMS hi afegeix que s'espera que el nombre de persones de 60 anys o més augmentarà de 605 milions a 2.000 milions i que el nombre de persones 80 anys o més arribarà a 400 milions en aquest mateix període. No obstant això, el nivell de benestar, així com de vulnerabilitat, variarà en funció de la regió i de les condicions que hi estaran associades. L'organització HelpAge International elabora l'índex global de l'envelliment, amb la finalitat de perfilar el grau de benestar de diferents persones grans de tot el món, que pot servir de referència. L'índex es basa en quatre àmbits: la seguretat d'ingressos (mesura la quantitat d'ingressos, així com la capacitat de gestionar-los), l'estat de salut (valora el risc de malalties, situacions de dependència i de discapacitat), l'ocupació i l'educació (avalua els elements de la capacitat i aptituds d'adaptació) i els entorns adequats (examina si existeix la possibilitat de viure de manera independent i autosuficient). En el gràfic següent es poden observar els diferents elements que s'han tingut en compte per desenvolupar l'índex.

Gràfic 1 | Índex global de l'envelliment 2013



Font. HelpAge Internacional (2013).

Suècia ha estat identificat com el país amb un índex global d'envelliment més alt o, en altres paraules, el seu govern és el que proporciona una xarxa de recursos més gran a la població de persones grans, que obté valors de benestar del 89,9%.³ Un dels secrets del benestar, igual que ocorre amb Noruega, que té un índex del 89,8%, radica en la seva política de pensions universals. Entre la resta de països destacats per l'informe cal destacar Alemanya (89,3%), els Països Baixos (88,2%), el Canadà (88,0%), Suïssa (87,9%) i Nova Zelanda (84,5%). En l'extrem oposat, destaquen països com l'Afganistan (3,3%), Tanzània (4,6%), el Pakistan (8,3%) o Jordània (11,4%). Espanya ocuparia la posició número 22, amb un índex global d'envelliment del 67,6%, pel darrere de països com Xile (70,6%), Eslovènia (70,5%) o Israel (70,5%).

Cal destacar que l'índex més preocupant vinculat amb Espanya és el que fa referència a l'educació i la formació, que obté valors únicament del 39,3% i, per tant, fa que Espanya adquireixi la posició 50 de 91 països analitzats. En aquest cas, encapçalen la llista països com els EUA, amb un índex de 76,6%, Armenia amb un 76,5% o Austràlia amb un 76,3%.

Són Luxemburg (98,2%), França (93,2%), Noruega (91,4%) i els Països Baixos (90,9%) que obtindran millors resultats respecte a la capacitat d'oferir un benestar econòmic. Espanya es trobarà en la posició 31 (79,7%). Un altre índex de referència és el conegut com a GAP

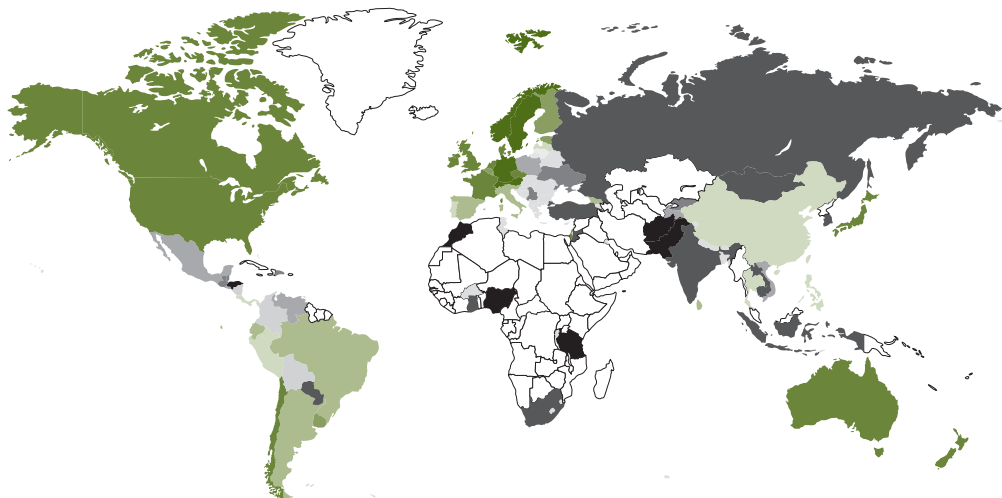
³ Segons els càlculs elaborats per crear l'índex global de l'envelliment, Suècia aconseguiria una puntuació del 89,9% respecte al 100% del que els experts considerarien benestar complet en l'envelliment.

(índex de preparació per a l'envelliment mundial) (Richard, Howe i Nakashima, 2010) que avalua el grau de preparació de 20 països per mantenir el nivell de vida adequat dels seus futurs jubilats sense sobrecarregar els treballadors. D'una banda, ho fa mitjançant l'índex de sostenibilitat fiscal, referit a la càrrega pública projectada per les prestacions necessàries per cobrir les demandes de persones de 60 anys o més. En aquest cas, són l'Índia, Mèxic i Xile els tres països amb un índex més alt. Espanya ocupa el lloc número 20 (l'últim de la llista). D'altra banda, l'índex d'adequació de l'ingrés, que els classifica segons el nivell de vida respecte a altres poblacions, situa Espanya en la posició número, mentre que els Països Baixos, el Brasil i els Estats Units encapçalen la llista. L'índex assenyalava que en el cas espanyol, igual que França, Alemanya i Itàlia, més del 70% de l'ingrés dels jubilats prové dels fons de l'Estat.

En canvi, s'ha d'assenyalar que es col·loca en la posició 14 respecte a entorns adaptats i mitjans especialitzats. Els Països Baixos, amb un 85,6%, és la regió equipada amb millors entorns orientats a les persones grans, seguits d'Àustria (85,3%) i d'Irlanda (84,0%).

Els sistemes sanitaris categoritzats com a predominants són els de Suïssa, amb un índex de 81,3%; el Canadà, amb un 80,3%, i Nova Zelanda, amb un 78,7%. Espanya quedaria amb una puntuació del 57,6%.

Imatge 1 | Mapa segons l'índex global d'envelliment



Rànking de l'índex. Com més verd és un país, més gran és l'índex global d'envelliment i com més negre és, més baix és l'índex. Els països en blanc no apareixen a l'estudi.



Per tant, associades a les xifres, s'identificaran les polítiques dels estats de benestar de cada país, que desenvoluparan un entramat de recursos que asseguraran, no solament la sostenibilitat d'aquest sector, sinó que també es combatin i es previnguin situacions de desemparament o de vulnerabilitat. No obstant això, tal com diu Moragas, no existeixen models globals d'envelliment orientats a la qualitat de vida, sinó que es desenvoluparan sistemes de benestar vinculats a la cultura del país. Tenint en compte la inexistència d'aquests models globals, la categorització dels sistemes podria fer-se segons l'agrupació de certes característiques:

1. Model escandinau: El finançament, obtingut per impostos elevats i cotitzacions dels treballadors, permet el desenvolupament de l'estat del benestar més complet, orientat a cobrir tots els cicles vitals. Països com Finlàndia, Noruega o Suècia en serien un exemple, tal com hem dit anteriorment.

2. Model mediterrani: Moragas el defineix com el millor model d'envelliment, no tant per les prestacions obtingudes de l'estat del benestar, sinó pel suport social i sistema de cures ofert per les famílies. Segons l'autor, la cobertura oferta per l'Estat és menor que en el model escandinau i centreeuropeu. En aquest cas, es podrien agrupar països com Espanya, Portugal, Grècia, Itàlia, i també, països del nord d'Àfrica (Marroc, Algèria o Tunísia) i de l'Orient Mitjà (Xipre, Síria, Israel o Turquia).

3. Model centreeuropeu: També presenta elevades cobertures per als seus ciutadans, amb complements individuals. Alemanya, Holanda, Luxemburg i Bèlgica són alguns exemples representatius d'aquest model.

4. Model anglosaxó: Els principis d'aquest model són diferents dels anteriors, atès que s'estableix com a base que cada individu ha d'assumir la responsabilitat dels seus riscos vitals, malalties o jubilació. Entre els països que s'acullen a aquest model es pot destacar els Estats Units, Austràlia, Nova Zelanda o Regne Unit.

5. Models de l'est d'Europa: La majoria d'aquests països provenen de règims comunistes amb protecció social total. No obstant això, es troben en una etapa d'adaptació als sistemes de benestar europeus.

6. Model xinès: Com en el cas anterior, es troba en transició. Prové d'una història d'estructura estable i suport familiar, i després de la massiva incorporació dels ciutadans al mercat industrial, promou corrents en què cada ciutadà ha de responsabilitzar-se de la seva jubilació.

7. Model japonès: És l'estat amb l'esperança de vida més alta del món i unes arrels culturals molt fortes de veneració de la gent gran. No obstant això, les noves dinàmiques socials

han provocat que es fomenti una explotació dels jubilats, la qual cosa provoca canvis en el model que ha predominat fins a l'actualitat.

8. Models de països en desenvolupament: S'hi produeix una manca de recursos públics i polítiques dirigits a la població de gent gran.

4. Reptes de futur en matèria de drets humans

L'àrdua lluita contra el ràpid creixement d'aquest grup de població i les possibles situacions de vulnerabilitat s'haurà de fer apostant per la integració cultural i econòmica de les persones grans, així com promovent l'envelliment actiu, col·locant les persones grans en un paper actiu, i mitjançant l'establiment i la promoció dels seus drets. L'Organització Mundial de la Salut (2008) defineix envelliment actiu com el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones que envelleixen. L'envelliment actiu inclourà, a més d'aspectes de salut física i mental, la participació i la integració social, que suposaran la vinculació amb els drets de les persones grans (Zunzunegui i Béland, 2010). La inclusió social, segons Subirats et al. (2009), suposarà l'accés garantit a la ciutadania i als drets econòmics, polítics i socials que li corresponen, així com les possibilitats de participació efectiva en l'esfera política.

Els plans i els programes dirigits a la vellesa a Espanya estan poc implementats. S'identifiquen 4 plans nacionals i 6 d'autonòmics, un 57% dels quals estarien dirigits a cultura, formació i oci i un 24% a salut (Sanchis, Igual, Sánchez i Blasco, 2014). Zunzunegui i Béland (2010) expliquen que en les últimes dècades del segle XX a Espanya s'han promogut diferents actuacions i legislacions que asseguraven les pensions de les persones grans, i també que es va reconèixer la necessitat d'atendre les persones grans i promoure'n l'autonomia, aprovant la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

En l'àmbit europeu, des de 2002 l'OMS lidera diferents estratègies potenciadores de l'envelliment actiu, projectes com la Xarxa Global de Ciutats Amigables amb les Persones Grans o l'Abraçada Mundial. L'ONU, en l'àmbit internacional, planteja un marc de dret per a les persones grans que fomenta la salut, la seguretat i la participació (Sanchis et al., 2014)

Complementant la legislació, apareixen propostes i plans socials amb la finalitat d'aconseguir l'envelliment actiu en aquest col·lectiu. Entre les principals línies caldria destacar les relacions socials i familiars com un dels factors que evidencien millors beneficis sobre la longevitat, la salut mental, les funcions cognitives i les situacions de discapacitat. La interdependència familiar i la solidaritat intergeneracional permeten l'estabilitat, la seguretat econòmica, afectiva i social, i suportar, fins i tot, les mancances de l'estat

del benestar (Zunzunegui i Béland, 2010). La promoció de xarxes socials formals que contrarestin la manca de suport informal es converteix en un element mestre per assegurar la qualitat de vida en les persones grans (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011).

El moviment d'associacionisme constitueix una altra de les bases disponibles per lluitar pels drets de les persones grans, en què les federacions de gent gran cada vegada aconsegueixen un suport més important de les organitzacions governamentals. Igual que el voluntariat de gent gran, un altre dels pilars pels quals s'aposta, en què s'assolien valors del 8,5% el 2004 (Zunzunegui i Béland, 2010).

En les nombroses evidències sobre els beneficis de l'esport, o més aviat, del transport actiu en persones grans, es basen els programes intersectorials espanyols llançats per promoure l'hàbit de caminar en tots els sectors de la població, i pels quals s'ha de seguir apostant. En la mateixa línia, es fomenten dietes baixes en sal i colesterol, basades en la mítica dieta mediterrània, com a estratègia preventiva de malalties diverses.

El segle XXI, caracteritzat per societats que envelleixen, necessita la gestió de recursos individuals i col·lectius per fer front a les amenaces que suposa la vulnerabilitat social (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011). I per això, Sánchez-González i Egea-Jiménez (2011) plantegen que serà elemental comprendre les causes i les conseqüències de la vulnerabilitat de la vellesa per poder desenvolupar les polítiques socials i la planificació gerontològica. La reducció dels nivells de pobresa i d'exclusió social serà essencial i per aconseguir-ho s'hauran de transformar les estructures sociopolítiques i econòmiques. L'abordatge del concepte de vulnerabilitat constitueix una eina analítica, no únicament per avaluar nivells de pobresa i d'exclusió dels sectors de gent gran, adquirint coneixement de la realitat, sinó també per dissenyar, nodrir i dirigir polítiques pensades per a la gent gran (Sáez et al., 2008). L'OMS sosté que els països podran afrontar l'envelliment si els governs, les organitzacions internacionals i la societat civil promulguen polítiques i programes d'envelliment actiu que millorin la salut, la participació i la seguretat dels ciutadans més grans (Sanchis et al., 2014).

Segons la CEPAL (2006), és necessari un principi de la «titularitat de drets» i aquesta ha d'orientar les polítiques públiques (sobretot les socials, sanitàries, educatives i econòmiques). Es tracta de conduir el desenvolupament d'acord amb el marc normatiu dels drets civils, polítics, econòmics, socials i culturals plasmats en acords vinculants tant nacionals com internacionals (CEPAL, Declaració de Brasília, Segona Conferència Regional Intergovernamental sobre Envel·liment a Amèrica Llatina i el Carib, entre altres). L'informe de l'Organització de les Nacions Unides (2011) examina per primera vegada els problemes i desafiaments en matèria de drets humans de les persones grans: discriminació, pobresa, violència i abús: en l'àmbit mundial es denuncia violència física, emocional i sexual ja sigui per part de familiars o de persones de confiança; l'explotació econòmica i l'escassetat

de serveis i mesures específiques de protecció. Per tant, s'hauria d'enfortir el règim de protecció internacional a favor de les persones adultes més grans, en particular les dones adultes grans, vinculada a la discriminació i violència en l'àmbit públic o privat. Encara no existeix un sistema de protecció internacional específic per a les persones adultes més grans. Quant a la salut i les cures a llarg termini, la discriminació en les cures de salut tendeix a ser ignorada en les polítiques públiques, així com en els programes i l'assignació de recursos. Hi ha pocs plans nacionals de salut que incloguin la prevenció, la rehabilitació i la cura de les persones amb malalties terminals o serveis pal·liatius. A més, els arranjaments residencials de les persones grans són un dels principals reptes que planteja l'envelliment de la població als governs i a les famílies al segle XXI. Amb referència al treball i la participació política de les persones grans en les polítiques públiques, l'informe emfatitza la falta de mecanismes adequats d'informació, rendició de comptes i participació per a les persones grans.

Rodríguez (2010) fa al·lusió al fet que es necessita una convenció internacional de drets de les persones grans pels següents motius: donar més visibilitat a aquest col·lectiu dins de l'estat, aclarir els continguts dels drets, tenir present altres instruments internacionals, un nivell més elevat d'obligatorietat jurídica, una protecció internacional reforçada i promoure un enfocament de drets humans en polítiques sobre envelliment. Per a l'autor, els desafiaments de la protecció internacional dels drets humans de les persones grans estableixen una sèrie de continguts per a una futura convenció internacional sobre els drets de les persones grans. L'autor en destaca les següents: obligacions generals dels estats part; dret a la igualtat i a la no-discriminació per l'edat; presa de consciència; dret a la vida i a una mort digna; dret a la integritat física, mental i emocional i a un tracte digne; persones grans en situació d'internament o privació de la llibertat; capacitat jurídica i capacitat d'obrar; dret a la participació en la vida social, cultural i política de la comunitat; dret a un nivell de vida adequat i a l'accés als serveis socials; dret a la salut física i mental; dret a l'educació i a la cultura; dret a l'habitatge i a un medi ambient sa; drets en el treball; dret a la seguretat social; drets de la dona gran; protecció de la família; drets de grups específics; situacions de conflicte, crisi o emergència; estadístiques i recollida d'informació, i cooperació internacional.

Referències bibliogràfiques

Beard, J. R., Biggs, S., Bloom, D. E., Fried, L. P., Hogan, P., Kalache i Olshansky, S. J., (2011). Global population ageing: peril or promise? Geneva, World Economic Forum.

CEPAL (19 de juliol, 2006). A resource for promoting dialogue on creating a new UN Convention on the Rights of Older Persons. 27 (c) of the provisional agenda. Social development: follow-up to the International Year of Older Persons: Second World Assembly on Ageing.

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, del 8 al 12 d'abril.

HelpAge International (2013). Índice global del envejecimiento. Disponible a: www.globalagewatch.org

Huenchuan, S. (2013). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. 100 p.

Instituto Nacional de Estadística (2005). Estudio descriptivo de la pobreza en España. Resultados basados en la Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta de condiciones de vida (ECV). Año 2008. Notas de prensa. Disponible a: <http://www.ine.es/prensa/np573.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2013). Evolución (2004-2013) de la tasa de riesgo de pobreza por edad y sexo. Disponible a: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t25/p453/provi/I0/&file=01002.px&type=pcaxis&L=0>

Lafuente, M., Faura, U. i Losa, A. (2011). Medidas y caracterización de la vulnerabilidad a la exclusión social de los hogares en España. *Revista Electrónica de Comunicaciones y Trabajos de ASEPUMA. Rect@*, 12, 53-68.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*, 299, de 15 de diciembre de 2006. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Marí-Klose, P. i Marí-Klose, M. (2012). Edad, vulnerabilidad económica y Estado de bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personal mayores. *Panorama Social*, 15, 107-126.

Moragas, R. Situación de las perspectivas de envejecimiento poblacional en el mundo. Red para el desarrollo de adultos. Disponible a: <http://www.redadultosmayores.com.ar>

Moriarty, J. i Butt, J. (2004). Inequalities in quality of life among older people from different ethnic groups. *Ageing & Society*, 24(5), 729-753.

Organització de les Nacions Unides (2007). Estudio económico y social mundial (2007). El desarrollo en un mundo que envejece. Disponible a: <http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>

Organització de les Nacions Unides (2011). The human rights of older persons. Disponible a: <http://www.un.org/Docs/>

Organització de les Nacions Unides (2013). Follow-up to the International Year of Older Persons: Second World Assembly on Ageing.

Organització de les Nacions Unides (2013). The human rights of older person. Human Rights Council, Twenty-fourth session. Disponible a: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Organización Mundial de la Salud (2008). Los determinantes sociales de la salud. Ginebra. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Prieto, M. B. i Formiga, N. (2009). Envejecimiento y vulnerabilidad sociodemográfica. *Observatorio Geográfico de América Latina*. Disponible a: <http://tsmetodologiainvestigaciondos.sociales.uba.ar/files/2014/03/operacionalizacion-VULNERABILIDAD-EN-ADULTOS-MAYORES.pdf>

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. i Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1), 1. Disponible a: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545/4360>

Richard, J., Howe, N. i Nakashima, K. (2010). The global aging preparedness index. Center for Strategic and International Studies. Disponible a: http://csis.org/files/publication/101014_GlobalAgingIndex_DL_Jackson_LR.pdf

Rodríguez, J (2010). Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad. Santiago de Chile, CEPAL, UNFPA, documentos de proyectos. Disponible a: <http://www.pewglobal.org/2014/01/30/attitudes-about-aging-a-global-perspective/>

Sáez, J., Pinazo, S. i Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (75), 75-94.

Sánchez-González, D. i Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de la población*, 17(69). Disponible a: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140574252011000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

Sanchis, E., Igual, C., Sánchez, J. i Blasco, M. C. (2014). Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia*, 36(4), 177-186.

Subirats, J., Alfama, E. i Obradors, A. (2009). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*, 28.

World Assembly on Ageing, Report of the Secretary-General, Sixty-eighth session.

Zunzunegui, M. V. i Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 68-73.

Autores

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. Treballa com a psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència, tant presencials com en línia. La seva línia principal de recerca és la violència de gènere en les dones grans. És secretaria de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears des de 2009.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia amb diverses especialitzacions, Màster en Problemes Socials, Etnicitat i Gènere, entre altres. Ha estat becària del programa de Formació del Professorat Universitari al Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a Àsia. Actualment és professora ajudant doctora en el Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques a la Universitat de les Illes Balears.

**LES PERSONES GRANS
LESBIANES, GAIS, TRANSSEXUALS I
BISEXUALS A LES ILLES BALEARS**

Les persones grans lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals a les Illes Balears

Margalida Vives Barceló
Liberto Macías González

«It's time to treat gay elders with respect.»
Deb Price

Agraïments

A Gina Marzo (alumna col·laboradora), Ben Amics, Fundació Enllaç (Catalunya), Ilars, residències i centres de dia públics i concertats de les Illes Balears, especialment al grup SARquavitae d'Alcúdia, el centre d'estades diürnes de Formentera i la Residència Oasis SA, Centre Sociosanitari Santa Rita, Serveis Socials de l'Ajuntament des Migjorn Gran.

Resum

El present capítol vol centrar-se en un col·lectiu del qual ha tractat poc la literatura científica i acadèmica: les persones grans lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals (LGTB). En concret, volem focalitzar aquest punt en aquest col·lectiu dins la societat balear.

Per aconseguir-ho, fem una breu introducció sobre les seves característiques principals, les seves condicions socioeconòmiques, les seves necessitats manifestes i les circumstàncies que han pogut portar al fet que sigui un col·lectiu que ha sofert sovint una doble i, fins i tot, una triple discriminació social.

És cert que la societat avança i que cada cop més admet més realitats socials com a pròpies i legalment vàlides, però, ja és el cas de les persones grans LGTB a les Illes Balears o encara hi ha un camí (llarg) per recórrer? Per aconseguir respondre a aquesta pregunta, exposam algunes veus dels protagonistes, així com dels professionals que poden haver-hi treballat, per tal de poder fer una primera aproximació a aquesta realitat i, posteriorment, poder encaminar unes propostes de millora per eliminar tabús i estereotips i poder aconseguir que, metafòricament, surtin de l'armari on sembla que sempre han viscut o bé hi han tornat en arribar a l'etapa de la maduresa.

Resumen

El presente capítulo quiere centrarse en un colectivo del cual ha tratado poco la literatura científica y académica: las personas mayores lesbianas, gais, transexuales y bisexuales (LGTB). En concreto, queremos focalizar nuestra atención en este colectivo en la sociedad balear.

Para lograrlo, realizamos una breve introducción sobre sus características principales, sus condiciones socioeconómicas, sus necesidades manifiestas y las circunstancias que han podido llevarles a ser un colectivo que ha sufrido una doble, incluso triple, discriminación social.

Cierto es que la sociedad avanza y que cada vez más se admiten más realidades sociales como propias y legalmente válidas, pero, ¿es ya el caso de las personas mayores LGBT en las Illes Balears o hay aún un (largo) camino por recorrer? Para poder dar una respuesta a esta pregunta exponemos algunas voces de los protagonistas, así como de profesionales que pueden haber trabajado con ellos, para poder hacer una primera aproximación a esta realidad, y, posteriormente, poder encaminar unas propuestas de mejora para eliminar tabús y estereotipos, consiguiendo así que, metafóricamente, salgan del armario donde parece que siempre han vivido o donde han vuelto al llegar a la etapa de la madurez.

1. Introducció

Beatriz Gimeno, activista espanyola en favor dels drets de lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals (LGTB) i presidenta de la Federació Estatal de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals (FELGTB) entre els anys 2003 i 2007, explica que «d'aquí a uns 50 anys serem 2.000 milions de persones grans en tot el planeta i d'aquestes, més o menys, 200 milions seran gais o lesbianes. El 22% dels habitants del planeta tindrà llavors més de 65 anys».

Aquesta dada s'ha de llegir un parell de vegades i s'ha de deixar un moment per a la reflexió. Amb aquest article volem oferir la possibilitat de tenir un espai de reflexió sobre aquesta temàtica, les persones grans LGTB, ja que, sens dubte, amb el pas del temps el col·lectiu de les persones grans serà el grup de població principal a la nostra societat. En aquests moments ningú posa en dubte que el col·lectiu de les persones més grans de 60 anys és un grup en continu creixement, que des de fa uns quants anys la seva progressió és constant i que el nombre de persones més grans de 60 anys ja supera el grup de població de menys de 15 anys. Per posar un exemple molt proper, revisem la situació de les Illes Balears. Actualment, segons dades de l'IBESTAT, per una banda, el nombre de persones més grans de 60 anys a les nostres illes és de 220.461 persones i, per l'altra, el nombre de persones de menys de 15 anys és de 171.905 persones, amb una diferència entre els dos grups de població de 48.556 persones més grans de 60 anys més que de menys de 15 anys. D'aquesta manera, comprovem que la piràmide poblacional està en procés d'invertir-se i que el volum més elevat de persones queda a la part alta.

El col·lectiu de persones grans, per diverses circumstàncies, es pot considerar com un grup dels anomenats vulnerables. Per esmentar alguns exemples, poden ser considerades vulnerables a) econòmicament, pel fet que la seva situació canvia, ja que una vegada ha finalitzat la seva vida laboral, i en molts casos pel fet de cobrar una pensió, afecta la situació familiar amb la pertinent pèrdua adquisitiva i, per tant, de satisfacció de totes les necessitats bàsiques; b) socialment, pel fet de la pèrdua de la seva xarxa social més propera i la impossibilitat d'establir noves relacions, amb les pertinents situacions de soledat i abandó social, i c) psicofísicament, pel fet que, com a conseqüència del pas del temps, el cos va patint els canvis degeneratius propis del procés d'envelliment, que en alguns casos impliquen situacions de dependència. A més, hem de dir que el col·lectiu de persones grans és susceptible de múltiples discriminacions per raons d'edat, per raons de gènere i també per raons d'orientació sexual. Així, les persones grans LGTB sofreixen una doble o triple discriminació.

Sabem que totes les persones grans són diferents i que no podem establir generalitzacions dins aquest col·lectiu tan divers. No obstant això, algunes dades ens poden fer arribar a la conclusió que el col·lectiu LGTB, en persones grans, sofreix certes mancances de tipus social. Per aportar només unes quantes dades, segons la recerca feta pel Brookdale Center

on Aging, de Nova York, citada pel director del Services and Advocacy for GLBT Elders (SAGE) als EUA, Terry Kaelber, les persones grans LGTB tendeixen a tenir un alt risc de depressió, d'abús de substàncies, d'internaments innecessaris a institucions i de morts prematures. És cert que es podria explicar per diversos motius, però Kaelber exposa dades relatives al suport social d'aquestes persones que poden ser significatives, com ara el fet que prop del 20% no tenen a ningú a qui recórrer en una situació de crisi. A més, seguint Kaelber (2002), un 75% viuen sols (enfront d'un 33% de les persones grans en general), un 90% no tenen fills (20% de la població general) i un 80% són fadrins (40% de la població en general).

Per tant, amb aquest article el que volem és treure a debat la temàtica del binomi persones grans i orientació sexual a causa del fet que si el col·lectiu de persones grans es troba discriminat per raons d'edat, en el cas que hi hagi persones grans que pertanyin al col·lectiu LGTB, aquesta discriminació s'agreuja i, si a més són dones o d'una minoria ètnica, encara s'agreuja més. Al llarg d'aquestes línies volem reivindicar que la societat ha de fer l'esforç de fer possible que totes les persones grans tinguin un envelliment positiu i equilibrat, sigui quina sigui la seva preferència sexual. L'estructura de l'article és la següent: un primer apartat està dedicat a la presentació del col·lectiu LGTB de persones grans, s'hi exposen els aspectes rellevants del grup de persones grans i l'orientació sexual amb l'aportació i el suport dels estudis, escassos, que podem trobar en la literatura i que coincideixen en molts dels aspectes, tant d'àmbit nacional com internacional. Seguidament, volem conèixer de primera mà la veu dels protagonistes, que, sens dubte, amb les seves històries de vida són els que serveixen com a bastida que ha d'ajudar tota la ciutadania a lluitar contra la discriminació en totes les seves modalitats, per edat, per sexe, per orientació sexual, etc. Donarem veu als protagonistes, a les mateixes persones grans, homes i dones més grans de 55 anys que han volgut explicar la seva experiència vital i la seva percepció d'aquesta, la seva realitat. Aquesta part ha estat una feina molt complicada, no només per la dificultat de trobar aquestes històries sinó pel fet que les volguessin compartir amb nosaltres. A part de donar veu a les persones grans, varem considerar que els professionals que fan feina amb les persones grans, tan institucionalitzats com en altres serveis, també tenien molt a dir, ja que les relacions que s'estableixen entre el professional i la persona gran és molt intensa.

2. Persones grans LGTB. La realitat d'un col·lectiu invisible

2.1. L'orientació sexual en les persones grans

L'American Psychological Association (APA) defineix orientació sexual com «una atracció emocional, romàntica, sexual o afectiva duradora cap als altres», a més afirma que «l'orientació sexual existeix al llarg del continu que va des de l'heterosexualitat exclusiva fins a l'homosexualitat exclusiva i inclou diverses formes de bisexualitat». I, què fa que les

persones tinguem una orientació sexual determinada? Continuem amb l'APA, que exposa el següent:

Hi ha moltes teories sobre els orígens de l'orientació sexual d'una persona. [...] A més, hi ha proves importants recents que suggereixen que la biologia, inclosos els factors hormonals genètics o innats, exerceixen un paper important en la sexualitat d'una persona.

Ja hem aclarit què és l'orientació sexual, però, com la viuen les persones grans LGTB? Les persones grans LGTB tenen més problemes que les joves per poder expressar la seva orientació sexual, no només a causa de l'homofòbia que encara està latent en la societat, sinó a causa del prejudici que, quan una persona arriba a la vellesa, el sexe i tot el que comporta desapareixen. Quan arribes als 65 anys, arribes a una etapa sense sexe. Telam Norma Castillo (69 anys)¹ diu:

Ens costa molt més que als joves dir que som gais. No només per l'homofòbia sinó perquè, a més, els vells som mutilats sexualment. El sexe es vincula a la joventut i l'homosexualitat a la promiscuïtat. Són dos factors pesats.

Aquest tema de la sobrevaloració de la joventut, en aquesta societat, és un aspecte que surt bastant en els diferents documents, fòrums, blogs i escrits consultats. Un altre exemple sobre això el trobam en un fòrum que tracta del tema de l'homosexualitat a la tercera edat²: «Dins de la comunitat gai sembla que existeix un culte exacerbat per l'«eterna joventut», envellir comporta a la ruptura de l'ídol, vellesa és no-bellesa, no-bellesa és falta d'oportunitats (per interrelacionar-se, fer amics i encara per tenir parella), la falta d'oportunitats comporta el menyspreu, el menyspreu porta com a conseqüència lògica la marginació (de l'entorn, al principi, que acabarà sent d'un mateix) la qual cosa, com a resultat final, porta a la solitud.» Amb aquesta reflexió podem fer-nos una lleugera idea de com s'ha de sentir el col·lectiu de persones grans LGTB, les quals es perceben com a individus a part, diferents només perquè la seva preferència sexual, la seva opció de vida no és la que majoritàriament està establerta per la societat.

L'autora Murgieri (2011) també ho afirma: «Tot el que no pertanyi a la cohort etària de la joventut o de l'adultesa jove, serà infravalorat» (2010 citat per Murgieri, 2011, p. 152). «Mentre que en la joventut la sexualitat és vista com una part central de les relacions, durant molts segles la sexualitat dels vells va ser vista com alguna cosa indesitjable, obscena o immoral» (p. 156).

¹ La primera dona lesbiana que es casà (amb Ramona Arévalo) a l'Argentina l'abril de 2010, fins i tot abans de la Llei de Matrimoni Igualitari, gràcies a un recurs d'empara que havien interposat davant la Justícia.

² <http://www.sentidog.com/lat/2011/05/la-homosexualidad-sigue-siendo-tabu-entre-los-adultos-mayores.html>

² <http://www.amicsgais.org/forums/showthread.php?3039-La-Homosexualidad-en-la-Tercera-Edad>

2.2. Una mirada internacional

La realitat de les persones grans LGTB en l'àmbit internacional presenta diferències notables i significatives. Les persones d'aquest col·lectiu, segons l'estudi fet per The City and County of San Francisco Human Rights Commission and Aging and Adult Services Commission el 2003, han estat menyspreades, discriminades, renegades en l'àmbit familiar i institucional; acomiadades dels llocs de feina, arrestades, copejades i, fins i tot, assassinades. A més, aquesta invisibilitat es manifesta amb les escasses aportacions científiques i és una realitat silenciada, amb poca literatura especialitzada (Rodríguez, 2003). Aquests dos fets han provocat que el col·lectiu de persones grans LGTB s'hagi mantingut o hagi tornat, en el cas de l'arribada dels 60 anys, a l'anomenat «armari» o, en tot cas, hagi mantingut un «perfil baix» de la seva visibilitat dins l'entorn on viu o, en algunes ocasions, s'hagin produït situacions d'autonegligència, relacionada directament amb una baixa autoestima, centrada en la vivència d'una ocultació al llarg de molts d'anys de la seva veritat. Sols per citar un exemple d'aquesta situació, al City Survey (2000-2004) de San Francisco, les persones grans LGTB afirmaren ser víctimes de delictes no violents en un percentatge que quasi dobra el dels heterossexuals grans (16% enfront d'un 8,5%), així com de delictes violents (4,7% enfront d'un 2,8%).

Sense entrar en el detall d'aquesta realitat, les referències més usades com a referents són dues: els ja esmentats Services and Advocacy for GLBT Elders (SAGE) i l'American Society on Aging's LGBT Aging Issues Network (LAIN). El seu treball es va posar de manifest al congrés organitzat per Age Concern a Londres el 2002, en què s'identificaren quatre necessitats bàsiques: a) la identificació de les necessitats de les persones grans LGTB; b) assegurar l'escolta de les seves veus, especialment en les institucions que decideixen aspectes importants per a les seves vides; c) coordinar aquest col·lectiu amb les institucions que hi treballen a l'hora de crear polítiques i programes, i d) fer possible el fet de compartir experiències.

En aquest sentit, en l'àmbit europeu, Londres també acumula un seguit de moviments centrats en les persones grans LGTB, com ara l'associació Age of Diversity, que continua el treball dut a terme per Polari, amb l'objectiu no sols de donar veu al col·lectiu de persones grans LGTB sinó també de treballar de manera intensa amb altres organitzacions que treballen i donen serveis a aquest col·lectiu.

En l'àmbit internacional, no podem deixar d'esmentar San Francisco com a referent de la defensa de drets i de la visibilitat de persones grans LGTB. De fet, tenint present el percentatge de persones grans LGTB, els estudis afirmen que en aquesta ciutat el percentatge se situa en més del 12%. Cal, emperò, centrar-nos en el fet que tot i que és un referent per a persones grans LGTB, el perfil encara mostra certa homogeneïtat: la majoria dels residents són homes (dos terços) grans-joves (de menys de 70 anys), angloparlants i majoritàriament de raça blanca; viuen sols, concentrats en determinats barris de la ciutat;

més de la meitat (59%) viuen de lloguer, i econòmicament estan per sota de la mitjana. Comparativament, el percentatge de persones grans LGTB amb VIH, és més elevat que el de la població gran general. Va ser en les dècades dels vuitanta i els noranta que es van produir més infeccions. Pel que fa als serveis, tampoc és una variable que es consideri dins les enquestes o qüestionaris de departaments com els de Salut Pública o de Benestar Social a l'hora de poder detectar més en detall les seves necessitats.

Podem considerar, doncs, que hi ha una discriminació basada sovint en l'ocultació, de vegades intencionada, d'aquesta realitat. En aquest sentit, és difícil trobar materials o serveis socials o sanitaris en què es vegi una imatge relacionada explícitament amb persones grans LGTB, informacions o recomanacions sobre les possibles situacions legals (drets en qüestions referides a la validació legal de parelles, qüestions d'herència...). Per això, és fàcil identificar diferents necessitats que les mateixes persones grans manifesten, com ara:

- Necessitat de crear organitzacions no sols del col·lectiu de persones grans LGTB, sinó també de subcol·lectius, la comunitat afroamericana lèsbica, per exemple.
- Generalitzar la informació per a persones grans LGTB no sols en centres especialitzats, sinó també a tots els centres socials, sanitaris i judicials.
- Disposar d'una oferta àmplia de residències en què les persones grans LGTB puguin tenir la possibilitat d'una elecció lliure.
- Ampliar la coordinació entre les associacions de persones grans LGTB i amb altres associacions de persones grans.
- Disposar d'espais per parlar amb llibertat, per poder exposar la seva realitat, per poder ser escoltats i que aquestes aportacions puguin elevar-se a estaments polítics.
- Aquest fet podrà ajudar a la «no-emigració» de persones grans LGTB a barris, ciutats, zones segregades, sovint enfora de la seva família i del seu entorn; per tant, poder facilitar l'elecció totalment lliure de la zona de residència.
- Treballar per rompre mites, estereotips actualment vius i per evitar el classisme dins la mateixa comunitat.
- Oferir espais segurs, no sols dins l'entorn sinó també dins l'habitatge, que cobreixin les necessitats bàsiques, tant les alimentàries com les que puguin provenir del deteriorament de la salut i, al mateix temps, poder disposar d'ajudes econòmiques que facilitin bé l'adaptació de l'habitatge propi o bé la possibilitat d'optar per una altra de més adaptada a les seves necessitats.

- Treballar per poder eliminar la soledat en les persones grans LGTB, no sols la soledat objectiva sinó també la soledat percebuda, fent un esment especial de les persones que puguin sofrir una triple discriminació (persones grans, LGTB i de minories ètniques) i que estiguin en situació de dependència.
- Potenciar la solidaritat intergeneracional.
- Ajudar de manera explícita en programes basats en l'evidència a les persones que decideixin fer el pas de fer pública la seva realitat sexual.

3. Donar veu als col·lectius LGTB de les Illes Balears

3.1. Les veus de les mateixes persones grans

Per tal de donar veu a les persones representants del col·lectiu de persones LGTB i conèixer de primera mà les seves vivències, primer de tot vàrem contactar amb les diferents associacions que representen el col·lectiu de les Illes Balears. Des del primer moment contàrem amb el suport de l'entitat Ben Amics³. S'elaborà un qüestionari i s'optà per omplir-lo en línia, per Internet, per poder mantenir l'anonimat i respectar la confidencialitat. El qüestionari estava format per 30 ítems dividits en cinc àrees:

1. Informació sobre les dades personals (preguntes d'1 a 7)

Del total de qüestionaris rebuts, el 80% corresponen a homes i el 20% a dones, tots dins el mateix grup d'edat, entre 55 i 59 anys. Per tant, el perfil de la mostra és el més jove respecte al darrer grup d'edat que proposaven, que era de més grans de 85 anys. Del total de la mostra, un 60% de persones enquestades viuen totes soles i un 20%, en parella i amb un altre familiar. Quant al lloc de naixement, no ha contestat l'enquesta cap persona nascuda a les Illes Balears; totes són de fora de les Illes i, fins i tot, de fora d'Espanya. La mostra es compon de persones de l'Argentina, d'Eibar, de Madrid, de Màlaga i de Pamplona, totes residents a les Illes. En destaca que la persona que fa més temps que viu a les Illes Balears hi va arribar fa 53 anys i la persona que fa menys temps que hi viu està a les Illes des de fa tres anys. El nivell d'estudis és molt similar, amb estudis secundaris el 60% i amb estudis universitaris el 40% restant, en què les àrees professionals són la formació i la interpretació, el món de les belles arts, la perruqueria i l'administració.

³ Associació lesbiana, gai, transsexual i bisexual de les Illes Balears és una entitat sense ànim de lucre constituïda l'any 1991 i registrada legalment el 1994 amb la finalitat de combatre la situació de discriminació legal i marginació social que pateixen les persones homosexuals, bisexuals i transsexuals de les Illes Balears.

2. Informació sobre el moment de descobrir l'orientació sexual i relació amb la família i el grup d'amics abans i després d'aquest fet (preguntes de 8 a 13)

A la pregunta «en quina etapa evolutiva va descobrir la seva orientació sexual?», la majoria de respostes se situen a l'adolescència, la més tardana a 20 anys i en un cas a la infantesa. Aquestes respostes corroboren estudis elaborats, per exemple, el de Josep Cornellà (2002), que diu que el desenvolupament de l'homosexualitat sol ocórrer a l'adolescència seguint algunes fases:

Interès pel mateix sexe entre els 13 i 16 anys, primera activitat amb el mateix sexe entre els 15 i 20 anys, primera relació amorosa entre els 21 i 24 anys i ruptura amb l'heterosexualitat entre els 23 i 28 anys, o sigui, entre la joventut i l'edat adulta. En les noies, tot això sol ser més tardà.

Un altre autor, Ávila (2013), assenyala: «Actualment, l'edat mitjana de descobriment de la pròpia hetero, homo o bisexualitat és els deu anys» (CONAPRED, 2011b: 15, citat per Ávila). «És a dir, no necessàriament s'ha de provar per decidir el que ens agrada.»

Per la seva part, l'autora Carmen de Manuel (2011), que treballa amb les famílies, sempre els diu que «l'homosexualitat no és una malaltia; no és més que una variant de la normalitat. És una opció de vida».

Com podem comprovar, els estudis van per aquesta línia, l'adolescent ja comença a conèixer les seves preferències, encara que ja des de la infància es té una predisposició, encara que no sigui definitiva.

En canvi, quan se'ls pregunta quan van fer visible la seva orientació sexual, la majoria dels enquestats responen que a l'adolescència i a l'adulthood, fins als 24 anys, menys un cas que diu va fer visible la seva homosexualitat a 45 anys.

Quan se'ls pregunta com afrontaren la situació la família i els amics, en general, responen que la família no s'ho va prendre bé, ja que en alguns casos no ho acceptaven o es mostraven com si la situació no s'hagués donat. Com diu Ávila (2013) «el problema no és l'orientació sexual, sinó la incapacitat dels familiars per acceptar els fills fora de les expectatives inventades per ells». Un dels enquestats explica que, tot i que no va tenir suport de la família, ho entén, ja que els seus pares eren producte de l'època que varen viure. En canvi, el grup d'amics sí que varen ser més comprensius i varen ser, han estat i són el principal suport davant aquest pas tan important per les seves vides. Com assenyala l'APA «compartir aquests aspectes de si mateix amb els altres és important per a la seva salut mental [...], com més positiva és la identitat gai, lesbiana o bisexual, millor és la salut mental d'una persona i més gran és la seva autoestima».

3. Informació sobre les relacions de parella, actes de discriminació i la seva situació ara, en l'edat adulta (preguntes de 14 a 18)

A la pregunta sobre si han pogut viure una relació sentimental amb llibertat i naturalitat, la resposta majoritària ha estat que sí, no en només relacions homosexuals sinó també en relacions heterossexuals. Només un dels enquestats confirma que no ha pogut viure en plenitud la seva relació de parella perquè encara no ha trobat la persona adequada.

Quant a les situacions de discriminació que han pogut patir, la majoria confirma que n'han patit i afirmen que els records són de la infància i joventut, sobretot de l'escola i l'institut, en què van rebre insults per part dels mateixos companys de classe o amics del barri.

Viuen l'adulthood, en la majoria dels casos, amb naturalitat. Un dels enquestats diu que la viu bé però sense una visibilitat ostentosa. Diu que és gai però que això no vol dir que hagi d'anar amb un cartell que ho digui. Cap dels enquestats es considera vell i diuen que encara tenen moltes coses a fer, cosa que els autors d'aquest article subscriuim, ja que són adults entre 55 i 59 anys i actualment l'esperança de vida segons dades de l'INE se situa en els 83,1 anys per a les dones i en els 77,5 anys per als homes. Els resten més de vint anys per gaudir, aprendre i viure. Com a problemàtica més destacada en el moment de fer-te gran, en general, han assenyalat la soledat.

4. Informació de les vivències del passat i la influència en el futur (preguntes de 19 a 23)

A la pregunta «de quina manera els influència el fet de pertànyer al col·lectiu LGTB en el passat», les respostes s'han situat en dos extrems: n'hi ha que han contestat que no els va influenciar de cap manera i altres han contestat que sí que va influir en la seva vida quotidiana, sobretot a l'hora de configurar els circuits d'amistats, en l'estil de vida, en la manera de vestir. Va ser com una mena de reivindicació per arribar posteriorment a una acceptació, fins i tot en algun moment va ser un xoc que va produir una reorientació de la seva vida.

En demanar-los si el fet de la seva orientació va influir en el moment de triar la carrera professional, una decisió important de futur, quasi la totalitat dels enquestats han contestat que no, però destacam una persona que afirma que sí que el va influir fins al punt d'abandonar els estudis de Magisteri i reorientar les seves expectatives professionals a altres camps.

A la pregunta sobre si la legislació que durant un temps feia una persecució indiscriminada del col·lectiu LGTB els va influir d'alguna manera, la majoria ha contestat que no ha estat perseguit en l'àmbit legal pel fet de ser gai, lesbiana, bisexual o transsexual. Només una persona ha contestat que sí, però no ha explicat en quins casos s'ha produït aquest assetjament. Com afirma Mujika (2009):

Les circumstàncies polítiques i socials que es van viure a l'Espanya franquista van impedir que moltes persones fessin pública la seva homosexualitat o transsexualitat. L'ambient de terror que durant el franquisme es va imposar va fer que la majoria callés i ocultés. Les i els que es van mostrar com a tals, encara que fos tímidament, van ser represaliats durament. Mentre gais i transsexuals van ser reprimits majoritàriament per l'aplicació de les lleis i la reclusió a les presons, les lesbianes ho van ser a través de la via privada del matrimoni, de la família, de l'església i del psiquiàtric.

Hem de dir que les persones que han contestat l'enquesta tenen entre 55 i 59 anys, és a dir, que són relativament joves per haver patit la legislació franquista de l'època, com a exemple d'aquell moment reproduïm un fragment d'un article que va sortir al diari *Publico.es* el 25 de juliol de 2012 amb el títol «Homosexuales bajo el yugo de Franco».

L'arquitectura jurídica del franquisme afavoria un clima de por que impedia moure's amb llibertat. La llei permetia mesures preventives contra aquest col·lectiu i tractaments com la lobotomia i els electroxocs per eradicar el que es considerava com una malaltia. Els suïcidis i les violacions a la presó eren freqüents. Hi havia presons específiques a Huelva i Badajoz, i a la Modelo de Barcelona, València i Carabanchel s'habilitaven mòduls per recloure aquest tipus de presos. Des del Palomar, en la tercera planta de la presó madrilenya, es van llançar diversos reclusos per llevar-se la vida. Aquest va ser el cas d'Esmeralda «La francesa», a mitjan anys setanta.

Com podem comprovar, la situació, en aquells moments, no era fàcil. Aquest fet obligava moltes persones a no viure la seva orientació sexual en llibertat i segurament va provocar uns danys col·laterals que ara, de grans, encara sofreixen.

5. Informació sobre la seva percepció del moment actual i la seva opinió (preguntes de 24 a 30)

A la pregunta «creu que la societat manté prejudicis sobre determinades orientacions sexuals?», totes les respostes afirmen i confirmen la pregunta. Diuen que encara hi ha prejudicis des del moment que un jove a l'escola, a l'institut, en una localitat petita és assetjat i insultat per la seva manera de ser. Un comentari planteja que encara hi ha prejudicis que vinculen el col·lectiu LGTB amb episodis de pederàstia i similars.

Quan se'ls va preguntar què creuen que opina la societat de les mostres d'afecte públiques entre una parella LGTB i d'una parella de persones grans, les respostes majoritàries varen ser aquestes:

- Prejudicis pel que fa a les mostres d'afecte entre persones grans, amb hilaritat en relació amb el col·lectiu LGTB.

- Ridícules. A la societat no els agraden.
- Cada vegada s'assumeix més que dos homes o dues dones vagin donant-se les mans però m'agradaria que fos més massiu. Pel que fa a la gent gran, ens tornem invisibles quant a la sexualitat, però crec que també està passant al món heterosexual. És com si la sexualitat només fos per als joves, per tant, les mostres d'afecte entre les persones grans estan mal vistes.

Se'ls va demanar si, segons la seva opinió, hi ha «espais insegurs». La resposta, unànime, és que sí que hi ha espais insegurs per a les parelles i persones LGTB, ja que encara se senten rialles i comentaris. Això pot repercutir en el fet que les poques mostres d'afecte que es produeixen vagin desapareixent.

Quan se'ls pregunta si consideren que pertanyen a un col·lectiu invisible, diuen que la persona gran com a individu sí que és invisible i, si és LGTB, més encara. D'altra banda, l'edat ja discrimina per si mateixa; la societat actual sobrevalora la joventut, per aquesta raó, la persona gran s'invisibilitza. En aquests casos, què pot fer el col·lectiu per trencar aquestes barreres? Les respostes es poden englobar en dos punts. Per una banda, s'han de resoldre paradoxes no resoltes fins i tot de salut. Hem de madurar i evolucionar en la generació d'un paradigma de parella homosexual, ja que falten referents culturals integrats en la societat. I, per l'altra banda, hem de donar-nos visibilitat, no quedar-nos en l'àmbit privat, casa, club, discoteques, sinó mostrar-nos com som, sense ocultar-nos. I l'Administració? Pel que fa a l'Administració pública, els comentaris són molt diversos. Hi trobem comentaris en el sentit que les administracions no han fet i no faran res. I també n'hi ha que opinen que s'hauria de fomentar des de les escoles una educació en la no-discriminació i en la igualtat per arribar a una societat més justa, i no donar per normalitzat el que no ho està. L'Administració pública ha de ser progressista de veritat amb propostes i actuacions coherents.

3.2. Les veus dels professionals

Un factor clau que pot ajudar a donar visibilitat a les persones grans LGTB són els professionals de diferents institucions que en l'activitat diària tenen contacte amb persones grans. Són ells qui, gràcies a la seva professionalitat, a la seva sensibilització especial i a les seves habilitats socials específiques poden aportar també una visió com a informants qualificats sobre la situació real de les persones grans LGTB.

És per aquest motiu que decidírem comptar amb la seva participació per a aquest estudi. Des del primer moment, es va incloure l'associació Ben Amics, no sols com a informador qualificat sinó també com a canalitzador de la demanda de la mostra. També contactàrem amb associacions de col·lectius LGTB dels Països Catalans, especialment amb aquells que

tenen una línia de treball explícita amb persones grans, com ara la Fundació Enllaç. Les demandes es feren en residències, centres de dia i llars de les Illes Balears, tant públiques com privades.

El primer fet que hem pogut constatar és que el fet de ser persona gran LGTB balear encara és un tabú, no sols en l'àmbit familiar sinó també en altres entorns. En aquest sentit, poques han estat les institucions que han pogut identificar persones que compleixen aquest perfil i que ho hagin manifestat obertament, tot i que els professionals els han identificat.

Els professionals han explicat que aquest fet (que sigui un tema tabú) sovint està marcat perquè als pobles o les ciutats petites hi ha més control social: «Ha de ser difícil per un creient expressar la seva condició homosexual si aquesta no està ben vista per la comunitat cristiana a la qual pertany [...] sobretot en poblacions petites o rurals [...] on tots es coneixen.» Una altra dificultat és, sobretot en poblacions petites, no poder trobar cap persona amb la seva mateixa orientació sexual. Els professionals creuen que aquest fet pot marcar la seva vida, tan si decideix allunyar-se'n en la seva joventut i adultesa cap a altres comunitats o països i tornar-hi després per viure-hi la darrera etapa de la vida al «seu» poble o ciutat com si han decidit quedar-s'hi i condicionar la seva vida a viure segons les condicions que culturalment es marcaven (per una dona casar-se o dedicar la vida al món religiós, per exemple).

A manera de resum, plantejam algunes de les idees clau que han anat sorgint dels professionals de cara a ajudar a identificar aquestes necessitats:

Taula 1 | *Anàlisi DAFO sobre les opinions dels professionals consultats*

Debilitats	Fortaleses
Rebuig. Discriminació. Tema tabú, poc tractat, que a vegades provoca fugides de l'entorn. Ocultació a l'entorn més proper, no declarat. Situació «mal vista» per les persones grans en general. Manca de suport en haver-hi una progressiva falta d'autonomia.	Experiències de superació. Maduresa per afrontar aquesta nova etapa vital. Mentalitat més oberta. Seguretat en ells mateixos quan s'ha manifestat obertament la seva orientació sexual.
Amenaces	Oportunitats
Augment de les dificultats quan augmentin les necessitats econòmiques, socials, i sanitàries. Mala institucionalització en no voler reconèixer les seves preferències sexuals. Rebuig per falta d'informació i de conscienciació d'aquest col·lectiu. Tabús socials en determinats grups i col·lectius.	En un futur, suport institucional general. Creació de programes de sensibilització. Normalització de la situació amb el pas dels anys; increment de l'acceptació i tolerància a la diversitat social i cultural. Millores en l'àmbit normatiu, social i cultural.

El fet que encara es consideri un tema tabú també pot implicar un treball que s'ha d'iniciar des de les institucions i organitzacions en diferents àmbits. En aquest sentit, hem constatat que tot i que no tenen una línia específica de treball amb aquest col·lectiu de persones grans, moltes persones, especialment els professionals que hi treballen, hi tenen una especial sensibilització, que és necessària en situacions de vulnerabilitat social, especialment quan la soledat, objectiva i percebuda, hi és present. Tal vegada la Declaració dels Drets Humans, així com les normatives centrades en la defensa dels drets de tota persona gran, tant en l'àmbit internacional com nacional (Vives, 2012) podrà ajudar a fer els primers passos en l'àmbit normatiu.

Una de les principals aportacions que s'han descrit ha estat la inclusió de la llibertat de l'orientació sexual com un aspecte normalitzador en el futur. Per aconseguir-la, les institucions són bàsiques. Institucions com Bay Area Bisexual Network (<http://www.bayareabisexualnetwork.org>); Community United Against Violence (CUAV) (www.cuav.org) creada el 1979; Family Caregiver Alliance (FCA) (www.caregiver.org) o la ja esmentada SAGE són exemples d'associacions centrades a treballar en les necessitats descrites anteriorment. Caldria, doncs, poder fer el pas de crear-ne no sols dins l'àmbit nacional, com s'ha fet amb la Fundación 26 de Diciembre o la Fundació Enllaç.

4. Propostes per obrir armaris, portes i finestres

Cal dir que, segons el que hem trobat a l'hora de dur a terme el nostre estudi, és difícil determinar el nombre de persones grans LGTB, sovint perquè els és incòmode parlar-ne perquè els suposa un repte no superat (o no afrontat) durant els anys anteriors o bé per les conseqüències negatives o la pressió real, que ocasionalment també podem valorar, que pot exercir el seu entorn més proper, especialment quan tampoc hi ha un suport institucional que ajudi a compensar, en certa manera, aquesta discriminació. Per això, cal fixar la mirada en les ciutats on aquesta situació es comença a veure com una vivència més, com una possibilitat real i natural. Actualment ens trobam en un moment en l'àmbit internacional en què no és viscuda com una situació normalitzada, especialment en determinades cultures, on no sols es pretén ocultar-ho sinó que implica conseqüències negatives en tots els àmbits de la vida. Aquest fet provoca que les comunitats, les ciutats i els barris, que concentren perfils de persones grans LGTB siguin objecte d'estudi, tenint present, emperò, que no hi ha aquesta llibertat per escollir el lloc on es vol viure, sinó que les persones grans LGTB han de triar sovint entre anar a aquests (pocs) entorns on la situació es comença a normalitzar, però que no es converteixen en «guetos» o bé quedar-se en el seu entorn matern (o tornar-hi després d'uns anys determinats vivint en comunitats més obertes), on s'obliga a mantenir oculta la realitat pròpia o, si més no, a no parlar-ne obertament. Per evitar aquesta tornada a l'armari estan apareixent alguns projectes pioners a Espanya com la construcció d'una residència de persones grans LGTB i un centre

socioeducatiu especialitzat en persones grans LGTB⁴, amb la finalitat de normalitzar una situació que mai hauria hagut de deixar de ser normal.

Cal tenir present que és necessari començar a treballar amb la visualització de l'existència (per a la normalització posterior) de les persones grans LGTB, especialment des dels serveis, les organitzacions i les polítiques que permetin, a poc a poc, anar trencant barreres i estereotips. Per aconseguir-ho algunes recomanacions que s'han fet des dels diferents congressos i informes internacionals han estat: a) incloure de manera explícita el col·lectiu LGTB de cara a donar-li visibilitat; b) treballar en xarxa; c) donar a conèixer l'existència d'aquest col·lectiu en tot moment i a tot arreu; d) reconèixer i respondre a la diversitat, i e) fer realitat la presència de recursos adaptats a les seves necessitats canviants i adaptades al seu entorn.

Finalment, volem tancar el nostre treball amb dues idees que hem anat recopilant al llarg del capítol:

1. La tornada o manteniment dins l'«armari» un cop arribada l'etapa de la maduresa provoca diverses necessitats internes i externes, sobretot basades en necessitats de suport social que afecten la qualitat de vida, especialment en la nostra comunitat, a les Illes Balears, llocs turístics on persones grans vénen a retirar-se i no mantenen cap vincle anterior amb la seva comunitat d'origen (o va minvant) i que poques vegades es relacionen amb altres entorns que no siguin de la seva nacionalitat (Pozo i Amer, 2012: 17).
2. La no-visibilitat o discriminació de les persones grans LGTB a les Illes Balears, pels motius que s'han explicat. Amb tot, s'ha pogut observar que aquesta visibilitat sembla més fàcil en col·lectius de persones grans. Cal dir que es forma part del LGTB i no pas del col·lectiu LGTB de gent gran.

⁴ http://www.eldiario.es/sociedad/Mayores-LGTB-combinacion-garantiza-invisibilidad_0_246025717.html

Referències bibliogràfiques

Age Concern (2002). *...to the needs of older lesbians, gay men and bisexuals. Report of the one-day conference*. Londres, abril.

Age Diversity. Extret el 24 d'abril 2014 des de <http://www.ageofdiversity.org.uk>

Ávila Huerta, A. (2013). *La homosexualidad infantil y su discriminación*. Extret el 5 de juliol de 2014 des de <http://www.desdeabajo.org.mx/wordpress/la-homosexualidad-infantil-y-su-discriminacion/>

Ben Amics. Extret 30 novembre 2013 des de <http://www.benamics.com/cat/ba.php?ba=quees.php>

City Survey (1996-2011). San Francisco Controller's Office. <http://www.sfcontroller.org/index.aspx?page=406>

Cornellà, J. (2002). Identity and sexual orientation in children and adolescent: a guide for health professionals. *Medwave*2002, Ene; 2(1): e1212 DOI: 10.5867/medwave.2002.01.1212

De Manuel, C. (2011). *La homosexualidad en la infancia*. <http://redsabia.blogspot.com.es/2011/06/la-homosexualidad-en-la-infancia.html>

Gimeno, B. (2002). *Vejez y orientación sexual*. Federació Espanyola de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals (FELGTB). <http://www.felgtb.org/rs/121/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/bd0/filename/informe-mayores-lgtb.pdf>

Haber,D.(2009).Gayaging.*Geronto/GeriatrEduc*,30(3):267-80.DOI:10.1080/02701960903133554

Institut Nacional d'Estadística (INE). Extret el 8 de juny de 2014 des de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_

[ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

Kaelber, T. (2002). A Community Response. A Age Concern (2002) *...to the needs of older lesbians, gay men and bisexuals. Report of the one-day conference*. Londres, abril, 12-14.

Mujika, I. (2009). *Guía para entender la realidad de gays, lesbianas y transexuales mayores*. ALDARTE, Bilbao.

Murgieri, M. (2011). Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriàtrica. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(5). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, dez. 2011: 151-161.

Pozo, R., Amer, J. (2012). Envel·liment i jubilats europeus a Calvià. Elements per a un diagnòstic. A: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envel·liment 2012*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i UIB, 77-96.

Publico.es. Extret el 12 de febrer de 2014 des de
<http://www.publico.es/espana/440025/homosexuales-bajo-el-yugo-de-franco>

Rodríguez, R. (2003). *La sexualidad en el atardecer de la vida. Homosexualidad y ancianidad, la otra casa de la misma esfera*. Oriente.

San Francisco Human Services Agency Planning Unit. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Seniors in San Francisco (2012). *Current estimates of population size, service needs, and service utilization*. San Francisco, novembre.

The City and County of San Francisco Human Rights Commission and Aging and Adult Services Commission (2003). *Aging in the lesbian gay bisexual transgender communities*.

Vives, M. (2012). Els drets de la gent gran. A: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envel·liment 2012*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i UIB, 117-144.

Autors

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en Psicopedagogia, doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Membre de l'equip d'investigació GIFES, des del qual participa en dos projectes europeus relacionats amb les persones grans i la formació al llarg de tota la vida. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a la gent gran, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on ha treballat amb el doctor Alan Walker sobre la qualitat de vida de la gent gran.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Expert en intervenció en qualitat de vida de persones grans per la UNED. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Col·laborador en el projecte d'investigació "Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los programas universitarios para personas mayores", en el qual participaren un total de vuit universitats nacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en educació, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i la qualitat de vida en les persones grans que participen en un programa educatiu.

DONES GRANS I QUASIPROSTITUCIÓ A ESPANYA

Dones grans i quasiprostitució a Espanya

Lluís Ballester Brage
Alba Alfonso Saura
Jaume Perelló Alorda

Resum

Aquest treball completa un estudi iniciat l'any 2013 (Ballester, Perelló, 2013): la mostra sobre Mallorca s'ha ampliat amb una anàlisi d'àmbit estatal.

Objectiu: Conèixer les motivacions expressades, les característiques sociodemogràfiques, les condicions de treball i les conductes de risc en un grup de dones grans, d'entre 45 i 60 anys, que exerceixen la prostitució a Espanya a partir de contactes a les webs d'anuncis.

Mètodes: Estudi transversal d'una mostra de 39 dones que exerceixen la prostitució a partir de contactes web, al llarg del primer semestre de 2014. Se n'analitzen les motivacions, les característiques sociodemogràfiques, les condicions de treball i les pràctiques de risc amb els «clients». Es va utilitzar un procediment específic, exclusivament basat en entrevista telefònica, per poder seleccionar la mostra intencional i realitzar les entrevistes amb les dones. Es va utilitzar un guió semiestructurat ja provat en anteriors estudis del mateix tipus (Ballester, Perelló, 2013).

Resultats: La mitjana d'edat és de 47,9 anys; el 43,59% eren espanyoles i el 48,72% procedia de Llatinoamèrica. L'edat mitjana d'inici en la prostitució és de 37,4 anys, i el 56,41% havia començat per la crisi de 2008-2014. L'últim mes, el 82,05% havia utilitzat sempre el preservatiu, però només el 15,38% en les seves relacions privades.

Conclusions: Les condicions socioeconòmiques són la principal motivació de la dedicació a la prostitució. Es declara un ús generalitzat del preservatiu amb els «clients». L'anàlisi permet identificar la seva activitat com a quasiprostitució, per l'orientació a la complementació d'ingressos insuficients, així com prostitució deslocalitzada, per l'ocultació de tots els àmbits públics (carrer, clubs) i la gairebé exclusiva activitat en pisos privats, amb contactes a partir dels anuncis en pàgines web.

Resumen

Este trabajo completa un estudio iniciado el año 2013 (Ballester, Perelló, 2013), ampliando la muestra sobre Mallorca con un análisis de ámbito estatal.

Objetivo: Conocer las motivaciones expresadas, las características sociodemográficas, las condiciones de trabajo y las conductas de riesgo en un grupo de mujeres mayores, entre 45 y 60 años, que ejercen la prostitución en España a partir de contactos en las webs de anuncios.

Métodos: Estudio transversal de una muestra de 39 mujeres que ejercen la prostitución a partir de contactos web, a lo largo del primer semestre de 2014. Se analizan las motivaciones,

características sociodemográficas, las condiciones de trabajo y las prácticas de riesgo con los «clientes». Se utilizó un procedimiento específico, exclusivamente basado en entrevista telefónica, para poder seleccionar la muestra intencional y realizar las entrevistas con las mujeres. Se utilizó un guión semiestructurado ya probado en anteriores estudios del mismo tipo (Ballester, Perelló, 2013).

Resultados: La media de edad fue de 47,6 años; el 43,59% eran españolas y el 48,72% procedía de Latinoamérica. La edad media de inicio en la prostitución fue de 37,4 años, y el 56,41% había comenzado por la crisis de 2008-2014. En el último mes, el 82,05% había utilizado siempre el preservativo, pero sólo el 15,38% en sus relaciones privadas.

Conclusiones: Las condiciones socioeconómicas son la principal motivación de la dedicación a la prostitución. Se declara un uso generalizado del preservativo con los «clientes». El análisis permite identificar su actividad como quasi-prostitución, por la orientación a la complementación de ingresos insuficientes, así como prostitución deslocalizada, por la ocultación de todos los ámbitos públicos (calle, clubs) y la casi exclusiva actividad en pisos privados, con contactos a partir de los anuncios en páginas web.

1. Crisi i pràctiques de risc

A Espanya no s'ha disposat mai de les dades sobre dones grans dedicades a la prostitució. S'han realitzat diverses estimacions genèriques per a l'Estat i bons estudis de detall en àmbits locals (municipis i comunitats autònomes), però mai estudis de detall per al conjunt de l'Estat (Freixas, Juliano, 2008; Ballester, Perelló, 2013). Per aquest motiu no es disposa d'un patró de comparació de les característiques de les dones grans dedicades a la prostitució, i encara menys de les que estableixen els seus contactes a partir de les webs d'anuncis a Internet.

No hi ha estudis que quantifiquin el nombre de persones que exerceixen la prostitució a Espanya: ens trobam amb una forquilla de 300.000 a 350.000 persones. Tampoc no hi ha estudis sobre el perfil del client ni el consum de prostitució a Espanya, però les dades obtingudes l'any 2011, a través d'un estudi dut a terme per l'ONU, estimaven que un 39% dels homes espanyols alguna vegada a la vida havien recorregut a aquests serveis. A Espanya, primer país d'Europa en consum (en part per la important població resident temporal: turistes i immigrants laborals), la segueix Suïssa (19%), Àustria (15%), els Països Baixos (14%) i Suècia (13%). Les dades, per la part de l'oferta, s'han incrementat a partir de la crisi perquè s'hi inclouen nous col·lectius que anteriorment no s'havien vist obligats a dedicar-se a la prostitució, com és el cas de les dones més grans de 45 anys. Això en un context de reducció dels serveis socials i sanitaris públics.

La crisi econòmica i les polítiques anticrisi adoptades limiten l'accés a l'assistència sanitària pública d'alguns col·lectius, sense tenir en compte els diferents contextos de vulnerabilitat i posant en perill el compliment d'elements essencials de l'atenció a la salut. Els impediments per al seu desenvolupament no són només d'ordre econòmic, sinó també ideològic. Diversos estudis que analitzen l'actual recessió en països d'Europa i les crisis anteriors evidencien que les restriccions d'índole econòmica i política incideixen en el deteriorament de la salut i la seva cura, alhora que augmenten les desigualtats socials i en salut (Kentikelenis et al. 2011; Legido-Quigley et al. 2013; Stuckler et al. 2009).¹

Les persones de 45 a 60 anys actualment es troben en una situació paradoxal: si tenen un fort vincle laboral (preparació acreditada, llarga trajectòria laboral, reconeixement professional), la seva situació socioeconòmica és molt positiva, però si aquest vincle laboral és dèbil, la precarietat és moltes vegades superior a la dels més grans de 65 anys que cobren una pensió de jubilació (Rodríguez et al., 2013). El grup de les persones més grans de 45 anys en situacions socioeconòmiques precàries presenta diversos indicadors associats de vulnerabilitat i deteriorament de la qualitat de vida: aïllament personal, manca de recursos, salut deficient i altres. Les anàlisis sobre la salut de les dones més grans de 45 anys, vinculada a les condicions de crisi i precarietat, són poc freqüents i els resultats no són sempre concloents. En moltes ocasions han hagut de fer canvis en les seves trajectòries personals, motivats per una ruptura familiar, la mort de la parella o l'atur de llarga durada. Una de les opcions que amb la crisi s'ha desenvolupat, afortunadament només entre un sector reduït de dones molt desesperades o molt valentes, és el de la prostitució. Pel que fa a les dones més grans de 45 anys presents al món de la prostitució «oculta», s'han de fer dues constatacions prèvies.

En primer lloc, hi ha la constatació de la menor presència de dones grans que ofereixen serveis sexuals, a Internet o en altres contextos. Mentre que són la majoria en altres àmbits formals (posició professional acomodada en l'educació, la sanitat o els serveis socials), la seva presència és minoritària en els àmbits característics de la gran precarietat. Es tracta d'una característica que hem observat al llarg del nostre treball amb persones grans (Ballester, Perelló, 2013). I la documentació disponible no ofereix informació per veure quina és la perspectiva de les dones que es troben en situacions d'elevada precarietat. Pot semblar que quan es parla de dones grans, no existeixen estratègies basades en activitats no normatives.

En segon lloc, els motius es relacionen amb la major presència de dones grans que oculten la seva dedicació a la prostitució: es relaciona amb un perfil no «professional», és a dir, una dedicació inesperada i limitada, orientada a superar una greu situació de precarietat sobrevinguda. Aquesta activitat l'hem denominada «quasiprostitució» (Ballester, Perelló,

¹ Legido-Quigley et al. diuen, amb referència a la situació a Espanya: «The health and social services budget was reduced by 13,65% in 2012, with disproportionately high cuts to professional training (75%) and public health and quality programs (45%). These cuts coincided with increased demands on the health system, in part reflecting the association between unemployment and poor mental health» (2013, 1).

2013). Tal com dèiem al mateix article: «La crisi, en els últims quatre anys especialment, ha incrementat la presència de modalitats d'explotació sexual irregular, entre les quals destaca la quasiprostitució oculta. És a dir, l'intercanvi de sexe per l'obtenció de recursos econòmics, materials i/o socials que es realitza de forma esporàdica i és donat per una situació personal i social inestable o precària en un moment puntual o un període de la vida. "Venen" el seu cos, però no són "prostitutes". Obtenen una compensació però no és una feina ni una forma de vida. La irregularitat de la prestació de serveis sexuals té una motivació en la necessitat, però una altra en l'actuació inductora per part del client. La iniciació de moltes dones al món de la prostitució s'ha produït, en moltes ocasions, a partir de situacions de quasiprostitució facilitades per clients i/o amigues de les dones grans.» Aquesta manera d'entrar a la prostitució, sense formar part d'aquest món, és una característica de la quasiprostitució (Poyatos, 2009; González, 2013).

Moltes de les dones més grans de quaranta anys implicades en la prostitució han entrat en aquest àmbit per dificultats socioeconòmiques molt importants i per la manca d'alternatives; a més, hi han entrat de la manera més oculta (deslocalització) i amb dedicacions limitades (quasiprostitució), per complementar ingressos (Ballester, March i Orte, 2006).

Prostitució deslocalitzada: contactes en pisos privats a partir d'anuncis. Hi ha molt poques dones més grans de 45 anys dedicades a la prostitució al carrer o als clubs. La gran majoria estan en pisos privats i contacten amb els clients a través d'anuncis de premsa o Internet. És a dir, és clarament un dels sectors de la prostitució deslocalitzada. Durant els últims cinc anys s'està produint una important transformació de les formes d'oferta i demanda de serveis sexuals pagats, de prostitució. El factor clau és la incorporació de les tecnologies de comunicació, especialment els mòbils 3G i els diversos serveis d'Internet (web, videoxat, correu). Hi ha una part del consum de prostitució relacionada amb tecnologies en què la relació cara a cara entre qui demana i qui ofereix és substituïda, almenys parcialment.

2. Mètode

La metodologia utilitzada ha estat qualitativa, perquè entenem que resultava adequada als objectius i limitacions de la investigació (López, 2012). Els procediments utilitzats per obtenir la informació van ser l'anàlisi dels anuncis web i l'entrevista. Les informants van ser 39 dones d'edats compreses entre 45 i 60 anys, procedents de cinc comunitats (Andalusia, Catalunya, Illes Balears, Madrid i València), i les grans ciutats eren les que en concentraven més oferta: Madrid i Barcelona, incloses les àrees metropolitanes.

L'estudi es va realitzar per telèfon. Per ser seleccionada, només calia haver estat identificada en un anunci d'oferta de serveis sexuals en una pàgina web, així com complir l'edat de referència. El nostre treball ha consistit a analitzar les dades disponibles a les

webs d'anuncis de contactes sexuals a Internet, així com seleccionar, en una modalitat de mostra en bola de neu, dones més grans de 45 anys que volguessin respondre a les preguntes bàsiques de l'entrevista telefònica.

Per al present estudi es van considerar 439 anuncis diferents, al llarg de quatre mesos (de gener fins a finals de maig de 2014), dels quals 73 incloïen dones de 45 o més anys (16,63%). S'han considerat només quatre mitjans de distribució d'anuncis web: Putianuncio.com,² Portaleseroticos.com,³ Milanuncios.com,⁴ Nuevo loquo.⁵ Sabem que hi ha més mitjans, en especial les webs diverses que es dediquen especialment a les relacions sexuals de pagament, però s'ha optat per mitjans de fàcil accés públic i actualització diària.

Les dones que exerceixen la prostitució a partir de contactes web són reticents al fet que les puguin entrevistar, per la qual cosa es va perdre entorn del 46,58% de la mostra inicial, formada per 73 dones, i es van arribar a fer les entrevistes amb 39 dones.

En el present estudi es va incloure totes les dones que exercien la prostitució, tenien l'edat considerada (45 a 60 anys) i van accedir a contestar una entrevista de 10-15 minuts, entre gener i maig de 2014.

La informació es va obtenir en el transcurs de l'entrevista mitjançant un guió semiestructurat que emplenava l'entrevistador en el moment, desenvolupat a l'estudi de 2013 (Ballester, Perelló, 2013). S'hi van incloure preguntes sobre les característiques sociodemogràfiques, les motivacions per a l'activitat actual, el temps de dedicació, les condicions de treball i les pràctiques sexuals amb els clients.

El procediment d'obtenció de les dades va ser el següent: es va establir un contacte telefònic personal amb cadascuna de les participants, a partir de les dades de l'anunci, per convidar-les a participar en el treball voluntàriament. A partir de l'acceptació de la participació anònima i de l'acceptació de les condicions de seguretat, es va realitzar l'entrevista en sessió única. Sistemàticament, es va informar de la confidencialitat i de les referències del grup que realitzava l'estudi.

3. Resultats

Característiques sociodemogràfiques. Es va obtenir informació de 39 dones. L'edat mitjana és de 47,9 anys, amb $\pm 4,3$ anys de desviació estàndard (DE). Almenys la meitat (21 de 39)

² <http://www.putianuncio.com>.

³ <http://www.portaleseroticos.com>.

⁴ www.milanuncios.com.

⁵ www.nuevolquo.com.

viu amb altres familiars o amb amics. Del conjunt de la mostra, només el 28,21% tenien una parella estable en el moment de participar en la investigació. La parella i el suport afectiu dels familiars és fonamental per poder fer front a una situació de greu precarietat i a l'impacte personal de la prostitució, però no hi ha garanties que aquestes parelles aportin un suport consistent. Encara que no se n'ha pogut parlar amb les dones, dubtam que les parelles els aportin afecte i suport, i ens demanam si les deuen considerar com a subjectes en les seves relacions sexuals. Sobre les parelles hi ha dubtes, però sabem que difícilment es poden trobar «clients» que transmetin respecte, afecte o admiració envers una dona dedicada a la prostitució.

El 57% tenia un nivell d'estudis primaris, i el 28%, secundaris. La mostra inclou un 43,59% d'espanyoles, un 48,72% de llatinoamericanes de procedències diverses i un 7,69% d'estrangeres de diversos orígens. L'edat mitjana d'inici en la prostitució va ser de 37,4 anys i el 56,41% havia començat per la crisi de 2008-2014. En l'últim mes, el 82% havia utilitzat sempre el preservatiu, però només el 15,2% en les seves relacions privades.

El 95% va començar a prostituir-se a Espanya –Madrid és la ciutat on es concentra la major freqüència de dones contactades (39,2%). Només 8 dones (20,5%) havien tingut abans experiències en clubs o al carrer.

El nombre mitjà de dies treballats en una setmana normal va ser de 3,4 (1,3 DE) i la mitjana de clients per dia va ser de 2,2 (1,2 DE). El 51,3% cobrava menys de 40 euros per servei.

Per poder fer una comparació bàsica entre les dues mostres estudiades, la de Mallorca de 2013 i la del conjunt de l'Estat de 2014, s'han fet una sèrie de comprovacions, començant per la presentació de les dades bàsiques a la taula 1.

Taula 1 | *Origen de la mostra*

	Mallorca	Espanya
Nombre de casos	23	39
Edat mitjana	48,96	47,9
Espanyoles	69,57	43,59
Llatinoamericanes	8,69	48,72
Estrangeres de diversos orígens	21,74	7,69
Amb parella estable	39,13	28,21
Edat mitjana d'inici a la prostitució	44,3	37,4
Inici per la crisi de 2008-2014	69,56	56,41

Pel que fa a l'edat mitjana en les dues mostres, s'ha pogut comprovar que no hi ha diferències significatives en les edats de les dones més grans de 45 anys que ofereixen serveix a partir de les webs ($t = 0,910$; $p = 0,367$, $p > 0,05$). És cert que l'edat considerada com a l'indador per a la selecció de la mostra ha estat establerta per nosaltres, però la configuració dels grups per edats és un resultat de la recerca, és a dir, no s'ha intervingut de cap manera en la selecció per edats posterior.

L'origen de les dones, considerant només les grans àrees de procedència, permet comprovar una important i significativa diferenciació ($\chi^2 = 10,888$; $p = 0,004$, $p < 0,05$), tal com es pot comprovar a la taula 2. El domini del castellà és quasi un requisit per poder fer una oferta viable a Internet, en l'àmbit espanyol, tot i la presència d'ofertes especialitzades. Però, al marge d'aquesta circumstància, esperàvem poder trobar una configuració similar per origen, atenent la igual font de les dades dels contactes. Una expectativa que no s'ha confirmat. La presència de dones llatinoamericanes és considerablement més elevada a la mostra del conjunt d'Espanya. L'explicació pot ser per la gran concentració de població llatinoamericana a Madrid i el seu entorn, però és purament especulativa. En propers estudis s'ha d'analitzar amb més detall el paper que hi tenen altres factors, com els agents que faciliten la gestió dels anuncis web o la comunicació entre les dones, en el marc de les seves comunitats (en especial les comunitats de dones colombianes i d'altres països del Carib).

Taula 2 | *Origen de la mostra*

			Mallorca	Estat	Total
Origen	Espanya	Nombre	16	17	33
		%	69,6%	43,6%	53,2%
	Llatinoamèrica	Nombre	2	19	21
		%	8,7%	48,7%	33,9%
	Altres	Nombre	5	3	8
		%	21,7%	7,7%	12,9%
Total	Nombre		23	39	62
	%		100,0%	100,0%	100,0%

La presència de parelles «estables», és a dir, considerades com a relativament permanents per part de les dones, és interessant pel que fa a l'estabilitat de la convivència, així com per a la presència de companyia. També demanàvem per la presència de fills i altres familiars, però les seves respostes no eren tan consistents, presentaven més resistència a parlar dels fills. Considerant només si tenen o no parella estable, es pot comprovar una configuració una mica diferenciada, però sense que hi hagi un patró de diferenciació significatiu entre les dues mostres ($\chi^2 = 0,790$; $p = 0,374$, $p > 0,05$). Tal com es pot comprovar a la taula 3, a les dues mostres aproximadament hi ha dues dones sense parella per cada dona

amb parella. Com s'ha pogut confirmar a les entrevistes amb les dones, els divorcis i les ruptures de relacions amb les parelles es troben a l'origen d'una part significativa de les situacions de precarietat sobrevinguda.

Taula 3 | Origen de la mostra

			Mallorca	Estat	Total
Amb parella estable	Sí	Nombre	9	11	20
		%	39,1%	28,2%	32,3%
	No	Nombre	14	28	42
		%	60,9%	71,8%	67,7%
Total		Nombre	23	39	62
		%	100,0%	100,0%	100,0%

L'anàlisi comparativa de l'edat mitjana d'inici en la prostitució, en les dues mostres, és també rellevant. S'ha comprovat que hi ha una diferència significativa en les edats d'inici de les dones més grans de 45 anys que ofereixen serveis a partir de les web ($t = 5,511$; $p = 0,000$, $p < 0,05$). La mostra estatal té una mitjana d'inici quasi 7 anys inferior a la mostra de Mallorca, (44,3 anys de mitjana a Mallorca i 37,4 anys al conjunt de l'Estat), amb un percentatge de dones que s'han iniciat en la prostitució a partir de la crisi inferior al de Mallorca. L'inici després de 2008 és d'un 69,56% a Mallorca i d'un 56,41% al conjunt de l'Estat. És possible que les fonts alternatives de recursos, fins a l'inici de la crisi, siguin més importants a Mallorca, per la qual cosa es pot observar aquesta diferència en l'edat d'inici i en la relació amb la crisi.

Pràctiques sexuals amb els clients. En l'últim servei, la pràctica més freqüent va ser la penetració vaginal (64,8%), combinada o no amb la penetració oral, i en un 18,8% la relació va ser exclusivament de tipus bucogenital. Gairebé totes les dones van utilitzar el preservatiu en els serveis en pràctiques vaginals o anals, i un 45,8% en la penetració oral. En qualsevol cas, aquestes dones són més vulnerables que les que treballen amb altres dones, ja que la seva situació (edat, aïllament, secret) limita la seva capacitat per negociar les condicions del servei, com l'ús del preservatiu o el rebuig de clients barroers i indesitjables i de peticions violentes, desagradables o sadomasoquistes.

En els últims trenta dies totes les dones havien realitzat pràctiques orals o vaginals, i un terç també anals. Pràcticament totes van utilitzar sempre el preservatiu en la penetració vaginal o anal (82%), i amb menys freqüència en l'oral.

En aquest estudi s'ha identificat que com més precària és la situació socioeconòmica, els comportaments de risc augmenten més (abandó del preservatiu, pràctiques perilloses,

acceptació de clients poc fiables, exposició pública a les fotos presentades als anuncis, etc.), i, per tant, més gran és el risc de contreure una malaltia de transmissió sexual o de patir altres conseqüències greus per a la salut i qualitat de vida (agressions físiques, reconeixement per part de familiars o veïns, etc.) (Baker, Dalla & Williamson, 2010).

Trajectòries vitals. Tal com vam observar a l'estudi realitzat només sobre Mallorca (Ballester, Perelló, 2013), les situacions i trajectòries són diverses, però sempre vinculades a la pèrdua dels mitjans de subsistència, juntament amb la manca d'una xarxa familiar o social que permeti trobar alternatives de manteniment viables. En tots els casos s'observa la manca de xarxes de suport eficaces, siguin informals com la família o els amics, siguin formals, com els serveis socials públics o d'iniciativa social. En bona part, els resultats de l'estudi coincideixen amb els resultats de l'estudi de Freixes i Juliano (2008, 95): «Tres factores básicos –la falta de formación, la pobreza de la familia de origen y la ruptura de un proyecto inicial de tipo familiar clásico– se suelen conjugar de diversas maneras para establecerlas en una posición débil en el mercado laboral y afectivo, y facilitan su incorporación al trabajo sexual.» Les tres diferències fonamentals amb la majoria d'estudis previs a 2008 són:

- l'agreujament observat a partir de la crisi de 2008: de fet, fins i tot ho expliciten en alguns anuncis, com quan una dona posa al seu anunci: «Gracias a Montoro»;
- l'augment de les pràctiques de risc entre les dones grans, per mantenir el seu «valor de mercat» i atreure clients, ja que l'edat és un element bàsic, en la mesura en què es posa el cos com a «instrument laboral» en un mercat en el qual hi ha una gran competència amb dones joves i amb una clientela en què preval la seducció;
- la generalització de les noves tecnologies de la comunicació, basades en Internet (mòbils, ordinadors, tauletes), per oferir serveis, cercar i connectar, etc., amb la fantasia de la privacitat.

La major part de les nostres informants diu que amb la seva edat es produeix una demanda per part dels clients bastant reduïda, per la qual cosa han d'abaixar preus, acceptar pràctiques de risc (sense preservatiu, sexe anal, etc.) i acceptar clients que no els agraden o els produeixen desconfiança. Es tracta d'una feina cada vegada més dura físicament i psicològicament, i amb l'edat en què elles han arribat a la prostitució s'aguditzen tots dos aspectes. Com a contrapartida, es disposa de diversos avantatges: nul risc d'embaràs, habilitats per controlar la majoria de clients, capacitat per identificar els qui no són de fiar, diuen.

Les concepcions de les dones grans que es dediquen a la prostitució sobre la seva activitat. Quan les dones parlen sobre el que significa per a elles aquesta activitat, introdueixen com a idees bàsiques la resignació, l'obligació, la falta d'ajuda, les necessitats, la utilitat.

Totes elles manifesten que estan en aquesta posició com a resultat de la seva trajectòria vital de pobresa i que se senten confoses, i que s'hi han adaptat per necessitat, és a dir, que no els produeix la més mínima satisfacció fer el que fan.

Ara bé, encara que totes les participants comparteixen les idees bàsiques, s'adverteixen diferències entre elles segons el tipus de trajectòria en la qual s'han trobat desenvolupant aquesta activitat. Les diferències no s'estableixen segons l'edat de les persones grans o segons la ciutat en la qual viuen, sinó que s'estableixen segons si són estrangeres o espanyoles, així com si mantenen la seva mínima xarxa de suport afectiu o estan soles. Aquesta és la característica que configura dues maneres de veure la seva posició personal i social, i estableix dos segments diferenciats. Les estrangeres s'han adaptat amb més facilitat, així com les qui tenen una xarxa de suport afectiu i lluiten per ella (mantenir els fills o altres familiars, per exemple).

En el primer segment, compost per les dones grans espanyoles, la noció de «necessitat» és la que organitza el seu discurs, és el que proporciona el sentit a l'activitat que exerceixen. Relaten que la seva activitat s'origina a partir del moment que adverteixen la impossibilitat, viscuda amb ansietat, de tenir alternatives. Per a elles el punt de referència s'estableix a partir de la necessitat sobrevinguda.

«Yo, cuando empecé hace cinco años, me di cuenta de que nadie me ayudaría, de que no tenía nada y de que esto no se solucionaba. Solo me quedaba atender ancianos y vivir aún peor, porque no pagan nada.»

En canvi, en el segon segment, compost per les dones grans estrangeres, la noció principal és «utilitat». S'hi dediquen perquè ho consideren una opció profitosa, àdhuc tenint alguna opció possible, i també assenyalen beneficis de caràcter general, com disposar de recursos ràpidament i no necessitar tenir una situació legal a Espanya.

«Conocía la experiencia de alguna amiga, y la posibilidad de contactos que tenía no se podía perder, entonces me decidí. Cada vez hay más gente que se está quedando sin trabajo y no nos lo van a dar a nosotras.»

La vivència de la insatisfacció difusa. Com ja s'ha esmentat, totes les dones expressen que se senten insatisfetes amb l'activitat que realitzen, a pesar que hi hagi hagut una bona adaptació. Però, en correspondència amb les dues maneres de concebre la seva activitat, també s'adverteixen dos segments respecte a la vivència d'insatisfacció per a unes i altres dones.

Entre les dones grans més ben adaptades, la seva justificació personal es defineix pel servei dels altres; els altres són les persones destinatàries de les activitats sexuals («Alguien lo tiene

que hacer», «No encuentran sexo con otras mujeres», etc.). Per a elles, la moderació de la insatisfacció es produeix perquè se senten col·laborant a millorar la vida d'altres persones, millora que pot concretar-se en la relació sexual pagada («Pagan porque lo que hago les va bien, si no, no pagarían»). Les mancances dels «clients» permeten un acceptació de la situació, així com un autoconcepte positiu. Amb la seva justificació expliquen el sentiment que ajudant els altres fan el que necessiten elles i el que necessiten uns altres.

En el segon segment les dones més mal adaptades, les que es mantenen amb una forta sensació de disgust, es posicionen a partir de la valoració que fan de la seva situació personal com a injusta, i aquesta valoració negativa les manté frustrades amb l'entorn (familiar, social, amb els «clients», etc.). El que fan és una cosa desagradable i poc satisfactòria. Quan parlen de la seva activitat mostren rebuig; no obstant això, la seva resignació prové del sentiment que el que fan és un bé per a elles. Per a aquest segment, igual que ocorria abans, la resignació prové exclusivament de la resposta a les necessitats, no hi ha una adaptació ni un autoconcepte positiu.

Totes les dones comparteixen l'anàlisi de les dificultats de les dones grans per resoldre les seves necessitats si no s'han format o si no tenen una família. Presenten situacions de la vida quotidiana, relaten exemples de precarietat, de conflicte, subratllen com en aquesta fase de la seva vida han hagut d'assumir riscos imprevists al llarg de la vida. La situació de crisi, les necessitats, han col·locat les dones grans sense feina ni família en una posició de dependència dels altres. I, ahora, expressen que elles gràcies a la prostitució no es troben en aquesta situació.

Les expressions presenten un to emotiu, sovint intens; el que estan narrant, a més de preocupar-les, els dol. La narració trasllada la proximitat amb la qual viuen aquestes situacions de malestar i el que elles fan per fer-hi front.

Quan les dones grans parlen sobre la relació entre la seva trajectòria vital i l'activitat actual introdueixen moments concrets, experiències viscudes, preocupacions o situacions crítiques. Encara que per a totes elles les seves activitats actuals no són percebudes com alguna cosa que mereixi rebuig social, en els seus relats es mostra la dignitat del seu esforç personal.

Sortida de la prostitució. A pesar que moltes dones es plantegen el treball sexual des del principi com una opció temporal, quan pensen en la possibilitat de sortir d'aquest món no troben opcions viables. On podran guanyar els mateixos diners, si no estan capacitades professionalment per optar a una ocupació que els permeti viure com ara? A més, sense una ajuda clara, un assessorament ben fonamentat en la confiança i la correcta informació, la majoria no s'atreveixen a prendre les decisions adequades. Una dona diu: «Ya sé que no me voy a dedicar siempre a esto, pero cuando tenga que cambiar, ya cambiaré.»

D'altra banda, no s'atreveixen a visitar els serveis que podrien ajudar-les, siguin de l'Administració o ONG. Pensen que és molt fàcil que algú les reconegui i això no ho poden permetre («Siempre hay alguien que te conoce, es de tu barrio o te ha visto en algún sitio»). La falta de confiança impedeix que s'atreveixin a desplaçar-se, per pròpia iniciativa, als serveis, mentre que els mateixos serveis sembla que àdhuc no disposin de mitjans ni plantejaments per fer les visites domiciliàries que canviarien aquesta situació.

Els anuncis. Pel que fa als anuncis, l'anàlisi ha de prestar atenció a un doble enfocament. En primer lloc, cal considerar la informació que aporten. En segon lloc, s'ha d'estudiar com es presenten els tòpics de la representació masclista i estigmatitzadora de la prostitució. Un dels principals resultats als quals arriba el nostre estudi és que els anuncis contribueixen a perpetuar estereotips i a fomentar els prejudicis, per tal com mostren la vinculació entre dona gran que exerceix la prostitució i la seva disponibilitat absoluta (Gázquez, 2009).

Els anuncis de tots els mitjans (premsa o webs d'anuncis) representen les dones grans dedicades a la prostitució com a persones que gaudeixen amb el sexe, disposades a fer qualsevol cosa, i contribueixen a projectar una imatge degradada de la dona. Els anuncis a les webs encara augmenten aquests estereotips absurds. L'anàlisi dels anuncis de contactes a les webs ens permet afirmar que no existeix un model de text únic que es repeteixi (com passa als anuncis per paraules a la premsa), sinó que cada persona assenyala els aspectes que vol fer ressaltar. Com que a les webs hi ha més disponibilitat d'espai, els textos sempre són molt més llargs, amb un important nivell de detall sobre l'oferta sexual, els preus dels diversos serveis i altres informacions i dades, normalment les que se suposa que haurien d'interessar la persona que contractarà el servei, per atraure els potencials clients. En tots els anuncis es poden veure els valors masclistes sobre els quals es fonamenten la discriminació i la violència de gènere d'una manera clara (Vicente, 2009). Es difon la idea que la dona és un objecte al servei dels desitjos masculins, al qual els homes poden accedir per un mòdic preu, juntament amb la idea que la dona també gaudirà de la relació sexual anunciada. Com a exemple, seleccionam tres anuncis característics:⁶

- «Fabulosa Turca de 46 años Super motivada íntimamente. Nada tiene secretos para mí. Ideal para hombres experimentados. Marchosa y viciosa en el **sexo** como ninguna. Me encantan los tríos! Siempre dispuesta para ser tu acompañante en cualquier circunstancia del día o de la noche. Resido por El Campo de las Naciones» (<http://www.putianuncio.com>; mes de maig de 2014).
- «Madurita viciosa morbosa 45 años. Sólo Caballeros discretos. Fiestera ... Fotos reales y Actuales. Soy independiente ... Recibo solita. Piso privado. Me encanta el Francés sin gomita y Garganta profunda. Besitos con lengua. También realizo Griego anal.

⁶ El text de la transcripció no s'ha modificat. Se n'han retirat els telèfons i altres mitjans de contacte.

Tengo juguetitos. Masaje relajante en Camilla ... Y el final Lo eliges tú» (<http://www.nuevoloco.com>; mes de maig, 2014).

- «BIANCA 46 GUAPA SEXY CARIÑOSA MAXIMA DISCRECCION española ... (24 horas)-- !!SUPER MAMA RUBITA-OJOS-VERDES!!! SOY UNA MAMA ... GUAPA ... SEXY. COKETA MUY FEMENINA Y CARIÑOSA Y MUY COMPLACIENTE!!! !!soy muy bonita y un cuerpo muy bien hecho!! mi piso es super discreto ""maxima higiene se da y se ""exige""-servicios ... 40-50-y 80---euros ... MASAJES EROTICOS CON FINAL FELIZ, FRANCES NATURAL.PENETRACION ETC... etc.... .gracias rAJoy... por mi nuevo empleo» (<http://www.nuevoloco.com>; mes de maig, 2014).

L'estratègia de polaritzar el missatge diferenciant entre nosaltres, les dones grans que «buscam clients», i vosaltres els clients que us ho mereixeu tot si pagueu, contribueix a mantenir la imatge distorsionada de la dona com a agent voluntari. Les imatges que inclouen els anuncis a les webs d'anuncis no ajuden a superar les distorsions, al contrari, aprofundeixen l'estigma social des del moment que mostren dones aparentment disposades a posar-se a disposició de les demandes dels clients. S'estableix d'aquesta manera una associació entre prostitució i disponibilitat, entre oferta de sexe de pagament i activitat plaent que és molt difícil de trencar i que inevitablement es mantindrà en la ment del lector de l'anunci.

Cal recordar que si aquest tema, el dels anuncis de prostitució a les webs, encara no s'ha tractat seriosament,⁷ el segment que implica dones de més edat (més grans de 45 anys) encara ha estat menys tractat als estudis i reflexions produïts els darrers anys.

4. Conclusions i perspectives de futur

En la interpretació d'aquests resultats caldria tenir presents algunes qüestions metodològiques. Les dones d'aquest estudi van ser captades en pàgines web de contactes. Aquesta forma de reclutament ha pogut limitar l'accés a les dones més vulnerables que exerceixen la prostitució en aquestes condicions (dones en situacions molt precàries, en situacions de fort control per part d'exploitadors, etc.), que per diferents motius podrien no haver volgut contestar a l'entrevista.

La comparació de les mostres de l'estudi fet a Mallorca (Ballester, Perelló, 2013) i del present estudi, de tot l'Estat, permet confirmar l'homogeneïtat d'ambdues mostres pel

⁷ L'Informe del Consell d'Estat de 2011 sobre el tema dels anuncis «de contingut sexual» acabava apuntant el repte que significaven els anuncis a les webs (qüestió que al llarg del text no havia estat tractada en absolut): «en relación con internet, debe sopesarse la pertinencia de establecer algún tipo de limitación –si ello es posible técnicamente– puesto que es sabido que son precisamente los más jóvenes los que más acceden a los contenidos de la red y, por consiguiente, pueden hacerlo a los anuncios de prostitución que se insertan en ella» (Consejo de Estado, 2011, 60).

que fa a l'edat, però amb diferències significatives en dues variables clau: l'edat d'inici de la seva dedicació a la prostitució (més elevada pel que fa a Mallorca) i la procedència de les dones (amb una molt elevada presència de llatinoamericanes a la mostra de l'Estat). El significat d'aquestes diferències es pot interpretar en el sentit que a Mallorca només s'ha produït l'increment de dones d'edat elevada entre les ofertes de sexe amb posterioritat a la crisi, viscuda aquí amb molta força. Per altra banda, la presència llatinoamericana a la mostra estatal es pot explicar per la important concentració de població d'aquest origen (en especial de països del Carib) a Madrid i el seu entorn.

Una constant en ambdues mostres és la baixa presència de dones amb parelles estables. Les dones associen l'inici o increment de les seves dificultats a les ruptures i altres problemes familiars, i per aquest motiu s'observa una menor presència de dones amb parella, així com una presència més gran de dones sense xarxa afectiva i d'acompanyament i suport estable.

El risc, en les seves pràctiques, és molt desigual, ateses les diferències entre les dones que exerceixen la prostitució des d'aquesta plataforma de contacte, i hi ha diferències quant a lloc d'origen, recursos personals, situació legal, condicions de treball, tipus de pràctiques sexuals, situació de convivència o accés als serveis socials i de salut.

En qualsevol cas, pel que fa als discursos sobre la seva activitat, es poden identificar dues situacions clarament diferenciades, entre les dones estrangeres més adaptades a l'activitat i les dones grans espanyoles, menys adaptades. També es poden diferenciar les dones amb xarxa afectiva (familiars en primer grau, parelles) i les dones que estan més aïllades: aquestes segones estan més insatisfetes i tenen menys autoestima.

Les característiques de l'entrevista telefònica (baix risc d'identificació, curta durada, sota compromís, satisfacció per l'interès i l'escolta, contacte amb una universitat) han facilitat l'establiment de les relacions entre entrevistadors i dones. Aquest clima de confiança és una garantia de la qualitat de la informació sobre conductes sexuals de risc. La brevetat de l'entrevista va facilitar que s'acceptàs més fàcilment. Es va tractar de reduir el biaix de memòria amb la utilització de referències temporals properes.

L'ús del preservatiu amb els clients està molt estès, encara que es manté un percentatge de dones que no l'usen en part de les seves relacions, atès el baix risc d'embaràs, però descurant la prevenció dels contagis. Com s'ha vist, els resultats d'aquest estudi posen de manifest la situació i els riscos per a la salut d'un grup de dones grans que exerceixen la prostitució a Espanya a partir de contactes en webs d'anuncis.

Finalment, sembla necessari plantejar-se desenvolupar modalitats de suport per a les dones més grans de 45 anys en situacions de greu precarietat, no des de la perspectiva

de la prostitució, sinó des de la perspectiva del suport normalitzat. La renda mínima garantida és una opció que s'hauria de normalitzar, pel que fa als processos de gestió, quanties mínimes i requisits d'accés i manteniment de l'ajuda. Per altra banda, des de la perspectiva del consum de prostitució ha arribat l'hora de plantejar-se un pla molt més profund i rigorós en relació amb els «clients» de serveis sexuals. Finalment, pel que fa a l'oferta actual, caldria integrar les diverses intervencions de l'Administració i de les ONG en un context ampli de reducció de risc per a les dones dedicades a la prostitució, amb especial atenció a les modalitats més precàries i més ocultes, com les de les dones grans que ofereixen serveis a les webs.

Referències bibliogràfiques

Baker, L. M., Dalla, R. L., Williamson, C. (2010). Exiting Prostitution: An Integrated Model. *Violence Against Women* 16 (5), 579-600.

Ballester, L., Perelló, J. (2013). Activitats no normatives de persones majors sense recursos. El cas extrem de la quasiprostitució de dones majors a Mallorca. *Anuari de l'envelliment*, 2013. 401-412.

Ballester, L., March, M. X. i Orte, C. (2006). Sexe en venda a Mallorca. Escenaris del risc. La prostitució femenina. A: AA. VV. *Sexe en venda a Mallorca. La prostitució femenina a Mallorca*. Lleonard Muntaner Editor, Palma, 7-60.

Consejo de Estado (2011). *Informe sobre las posibilidades de actuación contra anuncios de contenido sexual y prostitución*. Informe E1/2010, multicopiat. Madrid, Consejo de Estado.

Freixas, A., Juliano, D. (2008). Un sector susceptible de doble marginación: mujeres mayores que ejercen o han ejercido la prostitución. *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology*, 39(1), 93-100.

Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. i Díaz, A. M. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.

González del Río, J. M. (2013). *El ejercicio de la prostitución y el derecho del trabajo*. Madrid, Editorial Comares.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. i Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.

Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra Casado, D., Álvarez-Dardet Díaz, C., Martín Moreno, J. M. i McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 346, 1-5.

López, J. (2012). Una aproximación etnográfica a la prostitución: cuando las trabajadoras sexuales hablan de los clientes. *RES*. 18, 31-62.

Poyatos, G., 2009. *La prostitución como trabajo autónomo*. Barcelona, Bosch.

Rodríguez, G. et al. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. i McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.

Vicente, S. (2009). La prostitución también es violencia machista. *Revista Crítica*, 960, 48-52.

Autors

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la UIB. La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'ha centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panels Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre el març de 2007 i el juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

ALBA ALFONSO SAURA

Graduada en Educació Social. Ha estudiat la situació de les dones grans dedicades a la prostitució a Mallorca. Actualment ha completat el treball titulat «Noves tipologies de prostitució: quasiprostitució i prostitució deslocalitzada», pendent de publicació.

JAUME PERELLÓ ALORDA

Palma, 3 de març de 1976. Llicenciat en Pedagogia per la UIB. És expert en Formació de Formadors (2009) i expert en Intervenció Socioeducativa (2012). Ha desenvolupat la tasca com a investigador principalment en la prostitució femenina i ha participat en diverses investigacions i programes d'intervenció en aquest àmbit. En el marc del grup d'Estudi de la Prostitució a les Illes Balears (GEPIB) ha coordinat els tres congressos celebrats (anys 2005, 2008 i 2010). També ha participat com a formador en els cursos de formació sobre el fenomen de la prostitució dirigits a professionals de l'àmbit social.

La seva trajectòria professional inclou treball amb menors (2003), joves en contextos socioculturals (2005), educació per a la salut (2006-2007) i formació de professorat (2007-2012). També ha desenvolupat tasques docents a la UIB (2011-2013), a la vegada que ha obtingut el DEA (2013). Actualment, treballa com a educador en els programes del Casal Petit de Palma (Oblates).

**LA PARTICIPACIÓ
DELS PADRINS EN UN PROGRAMA DE
COMPETÈNCIA FAMILIAR:
LA RECERCA APLICADA AL DISSENY
D'UN PROJECTE FORMATIU**

La participació dels padrins en un programa de competència familiar: la recerca aplicada al disseny d'un projecte formatiu

Carmen Orte Socias

Maria Antònia Gomila Grau

M^a Belén Pascual Barrio

Margalida Vives Barceló

Resum

Actualment, el protagonisme i la visibilitat del paper educatiu dels padrins i padrines¹ converteix la seva inclusió en els processos formatius familiars en una necessitat. El treball que presentam combina el potencial educatiu dels programes d'educació intergeneracional i dels programes de competència familiar. Els programes orientats al foment de les competències familiars tenen una llarga trajectòria teoricometodològica, però, la majoria es dirigeix a la millora de les competències parentals. L'estudi ens permet explorar alternatives per a la formació en competències educatives dels padrins cuidadors. Partint del Programa de Competència Familiar (<http://competenciafamiliar.com/>), una iniciativa del Grup d'Investigació Educativa i Social (<http://gifes.uib.es/ca/>), que ha mostrat la seva efectivitat en la millora de les relacions familiars (Orte et al., 2013; Orte et al., 2012a; Orte et al., 2012b), es valora la possibilitat d'incorporar els padrins en el procés formatiu de les famílies.

La investigació consta de dues fases. La primera s'orienta a la definició del tipus de cura com a padrins des de la perspectiva de l'alumnat de la Universitat Oberta de Majors (UOM <http://uom.uib.es/>). La segona fase de la recerca consisteix en la definició dels elements educatius que definirien una acció formativa per millorar les relacions familiars des de la perspectiva dels padrins. Aquesta iniciativa se suma a altres projectes intergeneracionals que formen part de la línia de treball generada per la UOM des de l'any 2007 (Macías, Alzina, Tur, 2010; Macías, Orte, March, 2011; Macías, Orte, March, 2012).

Resumen

Actualmente, el protagonismo y visibilidad del papel educativo de los abuelos y abuelas convierte su inclusión en los procesos formativos familiares en una necesidad. El trabajo que presentamos combina el potencial educativo de los programas de educación intergeneracional y de los programas de competencia familiar. Los programas orientados al fomento de las competencias familiares tienen una larga trayectoria teórico-metodológica, sin embargo, la mayoría se dirige a la mejora de las competencias parentales. El estudio nos permite explorar alternativas para la formación en competencias educativas de los abuelos cuidadores. Partiendo del Programa de Competencia Familiar (<http://competenciafamiliar.com/>), una iniciativa del Grupo de Investigación Educativa y Social (<http://gifes.uib.es/ca/>), que ha mostrado su efectividad en la mejora de las relaciones familiares (Orte et al., 2013; Orte et al., 2012a; Orte et al., 2012b), se valora la posibilidad de incorporar a los abuelos en el proceso formativo de las familias.

¹ A partir d'ara el terme padrí inclourà padrí i padrina.

La investigación consta de dos fases. La primera fase se orienta a la definición del tipo de cuidado como abuelos desde la perspectiva del alumnado de la Universidad Abierta de Mayores (UOM <http://uom.uib.es/>). La segunda fase de la investigación consiste en la definición de los elementos educativos que definirían una acción formativa para la mejora de las relaciones familiares desde la perspectiva de los abuelos. Esta iniciativa se suma a otros proyectos intergeneracionales que forman parte de la línea de trabajo generada por la UOM desde el año 2007 (Macías, Encina, Tur, 2010; Macías, Orte, March, 2011; Macías, Orte, March, 2012).

1. El potencial educatiu de les relacions entre els padrins i els néts

La implicació dels padrins, i especialment les padrines, en la cura dels néts és fonamental tant a l'Estat espanyol com en altres països mediterranis.² Ells duen a terme el rol de supervisió, suport afectiu i educatiu en relació amb els seus néts. Aquest model de protecció propi dels estats denominats familiaristes es caracteritza per la pressió que exerceixen les polítiques socials sobre les famílies pel que fa a la cura de les persones dependents (Gomila i Pascual, 2012).

Hank (2010), Igel i Szydlík (2011) posen en relleu la dimensió de la cura diària dels néts per part dels padrins i l'assumpció de responsabilitats, com són l'alimentació, l'acompanyament (escola, activitats...), i l'educació (tasques escolars, reunions...). Kropf i Burnette (2011) destaquen les conseqüències d'aquesta dedicació sobre la dinàmica i l'estructura familiar, així com en la configuració de les seves xarxes socials (Kropf i Burnette, 2011). I Badenes i López (2011) evidencien que, en el cas espanyol, la cura dels membres familiars (infants petits, persones grans) suposa alhora un desig de les famílies i una dificultat per la insuficiència de recursos per dur-la a terme (de temps, de material, de serveis).

La baixa inversió en polítiques socials destinades a les famílies minva i precaritza la capacitat de les famílies per fer front a les necessitats existents i per oferir suport als membres dependents (Gomila i Pascual, 2012). L'empitjorament de les condicions socioeconòmiques i polítiques actuals ha fet que aquesta tendència s'hagi intensificat encara més. La reducció dels serveis i de les ajudes destinats a la conciliació de la vida laboral i familiar, i el deteriorament de les condicions laborals i el descens del nivell de vida de moltes famílies, són elements que incrementen el grau d'interrelació i d'ajuda mútua en la xarxa familiar.

La implicació dels padrins en la cura dels néts suposa, alhora, riscos (una potencial font de conflicte dins el mateix grup familiar) i oportunitats. En aquest sentit, les accions

² La majoria dels estudis sobre la cura d'infants per part dels padrins provenen de l'anàlisi de l'enquesta SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) <<http://www.share-project.org/>>.

educatives destinades a afrontar les responsabilitats de cura i d'educació dels infants poden ajudar la gent gran a gestionar aquestes tasques i a fer d'aquesta implicació un element de millora personal i familiar. Una millor gestió de la relació i les competències educatives constitueix, a la vegada, un instrument valuós de millora de les condicions de vida i de l'eficiència en l'educació i la prevenció de riscos dels néts, així com del benestar del conjunt de la família.

Sanz, Mula i Moril (2011) proposen una formació per als padrins, tot seguint el model de les escoles de pares, tant en la seva estructura com en els continguts. Proposen tractar temes evolutius, personals, socials, pedagògics, didàctics, familiars, ambientals, amb una estructura d'escola acadèmica o amb propostes metodològiques més vivencials.

Amb la nostra proposta, volem orientar l'acció formativa cap al model de formació en competències familiars i incloure la figura dels padrins en el procés d'aprenentatge de la família.

2. Metodologia

L'estudi combina metodologia quantitativa i qualitativa. En una primera fase, s'ha aplicat un qüestionari a un mostra formada per quaranta-nou alumnes de la Universitat Oberta de Majors (UOM). L'objectiu era conèixer, entre d'altres aspectes, el model de relació entre padrins i néts. En una segona fase, s'ha fet una aproximació qualitativa a través d'un grup de discussió inclòs en un taller de recerca (realitzat entre febrer i maig de 2014), al qual han participat nou alumnes de la UOM (set dones i dos homes).³ Els participants compten amb formació en metodologia d'investigació i experiència en la cura néts. L'objectiu en aquest cas ha estat aprofundir en el coneixement de les potencialitats amb què compten els padrins cuidadors i definir aquells aspectes que poden ser millorats a partir d'accions formatives destinades a la millora de les seves competències.

3. Resultats

El perfil de la mostra es correspon amb un tipus de padrins joves i amb un nivell de qualitat de vida mitjà-alt. La majoria disposen d'un habitatge en propietat i viuen a casa. Tenen un nivell d'estudis mitjà-alt i compten amb una xarxa de suport social i familiar estable.

³ El grup de discussió s'ha desenvolupat en quatre sessions que s'han realitzat els dies 25 de febrer, 4, 11 i 18 de març de 2014. Hi han participat nou persones. El seu perfil queda definit en el codi d'identificació que apareix en cada fragment textual. Tots ells són menors de setanta anys, excepte un (home), que en té vuitanta-dos. Codis: D (dona); H (home); S (amb néts propis); N (sense néts propis); 1 (menor de setanta anys), 2 (major de vuitanta anys); numeració de la mateixa categoria.

La mostra està formada majoritàriament per dones (65,3%), d'edats compreses entre seixanta-sis i setanta anys (51,9%), casats (46,9%) o que viuen en parella (49%) i/o amb els fills (20,4%) i a la seva casa (93,9%). El nivell d'estudis predominant és el secundari (59,2%) i solen estar jubilats/des (73,5%).

De les quaranta-nou persones enquestades, trenta són padrins, la majoria de tres o més néts (56,7%); d'entre zero i sis anys (65,3%); dediquen a la seva cura entre una (57,1%) o dues (23,8%) hores setmanals. Les tasques de cura de néts solen ser motius laborals dels pares (52,4%) i destaquen com a activitats principals, donar-los berenar (30,6%), anar al parc (20,4%) o acompanyar-los a l'escola (16,3%). A mesura que augmenta l'edat del nét disminueix la dedicació a la seva cura per part del padrí. Un 47,6% han dedicat més de 5 anys a cuidar els seus néts.

La percepció de la relació amb els néts és, en general, positiva, i la valoren com bastant (44,4%) o molt (36,1%) adequada. Així i tot, molts d'ells afirmen veure els seus néts menys del que voldrien (46,2%) o amb la freqüència que volen (34, 6%).

La taula següent descriu les diferents definicions del rol dels padrins, per ordre d'importància i d'acord amb les seves opinions.

Taula 1 | *Definició del rol de padrí*

	Primer lloc		Segon lloc			
	N	%	N	%	N	%
Cuidador	11	40,7	-	-	-	-
Company de jocs	9	33,3	9	39,1	-	-
Transmissor de valors morals	4	14,8	3	13,0	5	33,3
Mediador entre pares i fills	1	3,7	1	4,3	-	-
Model d'envelliment i ocupacions	-	-	2	8,7	-	-
Historiador	2	7,4	2	8,7	-	-
Ajuda en moments de crisi	-	-	4	17,4	8	53,3
Confident i company	-	-	1	2	2	13,3
Padrí indiferent/distant	-	-	1	2	-	-
Total	27	100,0	23	100,0	15	100,0

En relació amb el model educatiu que consideren convenient, afirmen que, en primer lloc, és molt important l'afecte (88,9%); en segon lloc consideren importants els límits (42,3%) i, finalment, donen una importància moderada al control (38,5%). La majoria està d'acord amb la manera com els seus fills eduquen els seus néts: 53,6% d'acord i 39,3% bastant d'acord.

En relació amb la situació social i econòmica actual es refereixen als efectes negatius de la dependència econòmica sobre les relacions amb els seus fills i amb els seus néts. A més, de les seves valoracions destaca la importància que atribueixen a l'austeritat amb què ells van viure en un passat i la seva capacitat de donar als altres.

Els pares d'avui en dia, com moltes famílies, potser no és el nostre cas o potser ho sigui, ja que es troben en... en dificultats molt serioses, molt serioses, pel fet que no tenen mai ni tan sols per menjar, llavors, qui és el que ha de fer front en aquesta situació? Doncs, els que tenen més a prop, o els que més els estimen, en aquest cas ja que són els pares o... les mares d'ells o d'elles que els ajuden com poden. Aquesta situació crea una dependència dels fills i dels néts cap als padrins (...), però que la seva dependència econòmica condiciona... molt les relacions entre... sobretot fills i pares eh? I això afecta els néts (HS1-2).

Jo sempre he dit que els nostres fills... en aquest aspecte de... de l'economia ho tenen més complicat que nosaltres, perquè nosaltres hem viscut dins de l'austeritat, és a dir, jo tenia, no vaig tenir mai mancances..., però ja menjava el que teníem i bo... i no hi havia moltes coses, que, que, que, que així com veiem que [...] (DS1-4).

3.1. El límits de la responsabilitat dels padrins

En relació amb el paper de cuidadors que actualment assumeixen els padrins i, concretament en relació amb les situacions de sobrecàrrega, es plantegen la necessitat d'establir uns límits. És interessant la proposta sobre la necessitat d'establir un codi o uns drets dels padrins.

En aquest punt s'aturen a analitzar les dificultats de l'exercici de la parentalitat i es refereixen a la responsabilitat de les mares i els pares.

Hi ha una gent que quan sents que tindran fills... quina il·lusió si és una nina..., perquè li compraré vestidets. Penses, què pensen que és tenir un fill? Sembla que no han vist els altres. Sembla que no sàpiguem que ploraran... Hi ha gent que viu la maternitat com tenir nines. Una altra gent pensa d'una altra manera (DN1-1).

Jo crec que a la vida les coses, no únicament ser pares, les hem de decidir ara. Jo he de decidir ara si parlaré, si callaré. Quan sortiré d'aquí i diré, mira quina tonteria he dit. Quan ha passat una cosa és fàcil fer una reflexió, això ho hauria d'haver fet. És ara que he de saber si callo o parlo. Quan eduques el teu fill, ho fas pensant que ho fas bé. Han passat anys... ja parlem amb la mentalitat d'ara. Per tant, no podem jutjar (DN1-1).

En les separacions jo veig coses que no les entenc. Hi ha moments en què sembla un joc d'ara et toca a tu el cap de setmana... (DN1-1).

Veuen més als fills que viuen a prop i mantenen millor relació amb els néts dels fills amb qui tenen més afinitat. La relació amb els fills de les filles i dels fills és diferent i es refereixen a les dificultats que tenen de comunicació amb les seves nores. Afirment, per exemple, que s'han d'ajustar més a la disponibilitat, per exemple, avisar abans de fer una visita: «No m'atreveixo a visitar sense abans avisar.»

Ells saben que aquí estic, quan em necessiten. Si em diuen, com en la cançó, vine, jo ho deixo tot. Jo ho deixo tot i vaig on hagi d'anar. Encara que hagi d'anar al metge, ni s'han assabentat, he anul·lat la cita... però hi vaig quan em diuen (DS1-5).

Es refereixen a situacions de risc relacionades principalment amb la sexualitat. Sorgeixen dues visions de les situacions de risc: la d'aquells (la major part dels participants) que veuen més importància en la capacitat d'adaptació que en els perills mateixos; i la d'aquells que consideren que el perill actualment és més present que abans. Aquests últims expressen por al futur: els temors sobre els perills que amenacen la infància actualment (abusos sexuals, etc.). Mentre que uns es mostren molt preocupats, d'altres intenten relativitzar i apunten la influència dels mitjans de comunicació o la visibilitat d'un fenomen que era ocultat en el passat.

Potser en comptes de la por, seria alerta, com pots alertar del que està succeint... perquè... bé, nosaltres tenim més temps... Veus els debats de la televisió, les informacions de les televisions, hi ha professors tant... de gimnàstica, com músics, com... del que vulgueu, que estan abusant dels nins, llavors..., doncs, jo no vaig viure... aquesta experiència, potser en el meu temps també n'hi havia [...] (DS1-1).

La por al futur, crec que és normal [...], però el futur ja no és el nostre, el futur és d'ells, el futur ja no és el nostre, és d'ells, i nosaltres no hem de transmetre por, de cap manera [...] no, no, [...] però no, el futur és d'ells i ells tenen força per afrontar el seu futur i guanyar-lo. Jo, ahir, feia una feina i parlava de coses «antigues» que faig de cultura popular... i vaig recordar... els anys quaranta, quaranta-u... Eren anys terribles aquí eh? [...]. Havia acabat la guerra, hi havia una repressió molt forta, hi havia la guerra a Europa, hi havia falta de tot; el pare i la mare, que tenien trenta i pocs anys, cantaven... I tu dius i com és que cantaven? Perquè eren joves, i havien d'enfrontar el seu futur. No hem de transmetre, crec que nosaltres no hem de transmetre, por al seu futur de cap manera... el seu futur és d'ells... (HS2-1).

Pel que fa als perills... els perills han existit sempre, perquè jo recordo de quan era adolescent com sempre preocupava a la meva mare i la família pel meu, no? O sigui que sempre han existit perills i riscos, pel que fa al futur... (DN1-2).

Es planteja un debat sobre el present i la seva relació amb el passat. Alguns al·ludeixen a la necessitat de «viure el present» i altres es refereixen al «passat com la causa del teu

present», o dit d'una altra manera, el futur com una responsabilitat del nostre present. En relació amb això últim, es desencadena una successió de comentaris sobre la necessitat d'afavorir la capacitat d'adaptació dels nens per afrontar el futur:

Temors... temors no en tinc... cap a un futur. Intento que tot el meu temps i tota la meua capacitat me guiïn cap a un camí per veure què puc fer, què puc aprendre, què puc aportar als meus fills i als meus néts, no entraré en cap debat de... de futur, de... del negatiu que ens ofereix, perquè penso que puc viure cada dia, i el temps de què disposo [...] que vull encaminar a fer alguna cosa constructiva cap el meu entorn (DS1-3).

Intento ser comprensiva, i el que intento és amb tota la tendresa que em surt, inculcar una capacitat de lluita i una capacitat d'adaptació, el món està canviant i no queda més remei que anar adaptant-s'hi i, per descomptat, una disciplina, una capacitat de lluita, crec que és l'única manera d'afrontar el futur no? I sortir una mica airós (DN1-2).

3.2. Canvi de valors i transmissió d'afecte

Com a principals problemàtiques de la societat actual es refereixen a la falta de comunicació («cal saber escoltar més», «actualment hi ha molta comunicació però és dolenta, perquè crea solitud en els nins», els nins escolten, encara que estiguin jugant i sembli que no escolten) i d'espiritualitat (que «ve donada perquè estam en una societat molt materialista»).

Mostren una visió del canvi de valors des de la perspectiva de la necessitat d'acceptar aquest canvi («s'imposen nous principis») i la idea que «el que servia a la nostra època ara no serveix». Una frase que recull aquesta idea d'acceptació dels canvis és la següent: «estam intentant donar llum amb... amb llumins antics» (HS2-1).

No hem d'explicar batalletes, hem de parlar... i fer parlar, i sobretot comprendre... Crec que cal això, molta comprensió pel que ells pensen, del que ells... No rebutjar moltes coses, per principi, perquè... entre totes aquestes coses que canvien en aquest moment en el món, també canvien els seus principis. Els nostres principis han perdut valor, els han... Nosaltres mateixos els hem substituït, i ara [...] ja no serveixen... han de ser uns principis més... més adequats a les noves situacions (HS2-1).

El problema és que la gent no sap com fer perquè els adolescents es comuniquin amb ells. Però, i tu?, els contes coses? Sovint diuen que «no troba el moment perquè ells se sentin bé per xerrar». Has de posar-te a la seva altura per poder parlar amb ells. Això no passa amb els més petits, que parlen molt. Sempre que parlem de problemes de comunicació amb els néts ens referim a nins més grans, perquè amb els més petits no passa això (DN1-1).

Destaca la idea que la relació amb els néts és diferent a la que van tenir amb els fills quan eren petits; valoren que amb els néts no tenen tanta càrrega de responsabilitat. En general, es refereixen als sentiments que tenen pels seus néts: tendresa, proximitat, amor, afecte o alegria. Destaquen el fet d'abraçar, acariciar, besar, escoltar, mimar (amb les paraules, els gestos)... com a elements fonamentals de la seva relació amb els néts. De la seva relació valoren la voluntat de transmetre'ls aquests sentiments, demostrar-los com són d'importants per a ells i donar-los el que no van tenir amb els seus padrins. Hi ha una frase que recull el plantejament que fan: «Crec que tots necessitam rebre i donar, i és molt important des de petits sentir-nos estimats, per aprendre.»

Un dels aspectes que es desprèn de la discussió és la importància de la relació entre comunicació i joc, precisament dos dels eixos del Programa de Competència Familiar. En el següent apartat recollim les principals conclusions de l'anàlisi del PCF, una vegada feta l'anàlisi de les seves expectatives i percepcions sobre la relació educativa dels padrins i els néts.

3.3. El taller formatiu: una reflexió sobre les possibilitats de participació dels padrins en un programa de competències familiars

El taller s'ha orientat a l'anàlisi de continguts i materials del Programa de Competència Familiar (PCF) amb la finalitat de dissenyar un pla formatiu complementari que inclogui la participació dels padrins. Concretament, els objectius del taller han estat:

- Conèixer l'estructura d'objectius i de continguts d'un programa de competència familiar.
- Analitzar la possibilitat d'adaptació d'un programa de competències familiars a les necessitats formatives relatives a la relació dels padrins i les padrines.
- Revisar materials i estudiar l'adaptació a les necessitats de la relació dels padrins i les padrines.
- Analitzar les estratègies didàctiques ajustades a la relació dels padrins i les padrines.

El contingut del PCF es divideix en tres grans blocs temàtics. El primer tracta sobre la forma d'iniciar el canvi de conducta i dels models de relació de la família. El que es pretén és analitzar les expectatives de desenvolupament per part dels pares, treballar les habilitats socials, controlar l'estrès, establir metes i objectius i fer ús de l'atenció diferencial. Tot això es treballa amb una metodologia basada en un joc familiar denominat «El joc dels fills i de les filles».

El segon bloc temàtic està dedicat a la millora de les relacions: habilitats de comunicació, la relació amb els iguals i les reunions familiars.

El tercer bloc està centrat en la resolució de problemes de comportament, l'establiment de límits, el reconeixement del mal comportament, l'habilitat per donar i rebre instruccions i la millora de les habilitats d'adaptació i afrontament. En aquest cas la metodologia central per treballar de forma pràctica amb la família ha estat «El joc dels pares i de les mares». Aquesta estratègia ajuda a aprendre elements pràctics per donar i rebre instruccions.

Dels tres blocs hem fet una revisió dels continguts dels dos primers. En relació amb els resultats de la recerca, entenem que els seus continguts ofereixen un espai de col·laboració que integra totes aquelles estratègies educatives que fonamenten la primera fase del programa. L'observació, el reconeixement, la comunicació i la relació mateixa són la base del canvi que es proposa en el programa.

Precisament, les possibilitats del canvi és el tema que ocupa la primera sessió de treball. Es mostren, en principi, escèptics en relació amb les possibilitats de canvi de les dinàmiques familiars, i afirmen que, tot i que es poden fer petits canvis que ajudin a millorar les relacions, «en essència no podem canviar». Sigui com sigui, consideren imprescindible «no tocar allò que funciona» i entenen que tant per canviar com per no canviar, l'important és tenir consciència del perquè de la decisió.

A partir d'aquesta reflexió inicial, les conclusions a les quals arriba el grup i que poden ser considerades idees clau del debat són les següents.

Quant a les expectatives de desenvolupament, estan d'acord en la necessitat de revisar les expectatives pròpies d'acord amb les etapes evolutives dels infants: «cada persona és diferent i la seva evolució també». Concretament, en relació amb l'estil comunicatiu i el patró de relació amb els néts, destaquen la importància de l'adolescència com a moment evolutiu en el qual és imprescindible el consens i una atenció especial al model relacional i comunicatiu.

A part de la diversitat general, des de l'inici del taller expressen les diferències entre els néts de les seves filles i els de les seves nores. Sembla que la cadena de relació segueix el fil de la família materna. Per altra banda, afirmen que són més exigents amb els néts que passen més temps a casa seva.

En cas que s'utilitzin recompenses consideren important que aquestes s'ajustin a l'esforç, les circumstàncies i els gustos personals. A més, s'han de correspondre amb la seva edat i no respondre a les necessitats dels adults. Consideren apropiades les recompenses materials més pràctiques (roba, llibres, material informàtic...) i com a recompenses no materials les activitats (cinema, visites temàtiques, excursions). Encara així, el que destaquen és la importància del temps compartit (fer coses conjuntament), potenciar els gustos i preferències (menjar preferit, anar a casa d'un amic) o l'expressió de sentiments (abraçar, agrair...).

Sobretot, en relació amb l'ús de les recompenses consideren molt important desenvolupar la capacitat de ser responsable: «el valor i la satisfacció del deure complit». Entenen, per altra part, que un mal ús de les recompenses pot promoure el materialisme, a no valorar el que es té i la insatisfacció.

Quant a l'atenció diferencial consideren imprescindible evitar dos fets molt habituals en la relació educativa: primer, la temptació de voler intervenir, i segon, contradir una norma abans acceptada («dir que no i al cap d'una estona, sí»). Pensen que és bàsic tenir (compartits) els límits («el teu papà et deixaria?»). Tot i que l'espontaneïtat és bona i que és important la coherència entre les normes de tots els agents implicats en l'educació dels nins.

Sobre les habilitats de comunicació, es revisen possibles distorsions, com són els efectes de les noves tecnologies (el temps dedicat al mòbil, la confusió que pot provocar el llenguatge escrit, etc.). Alguns elements que faciliten la comunicació són:

- La comunicació verbal: cuidar la forma de conversar.
 - Evitar discursos amb molta informació, no poder recordar la idea clau.
 - La qualitat de les preguntes: la frase que empram per iniciar conversa condiciona la resposta («T'has portat bé?») És preferible fer servir frases obertes: «Com ha anat avui?».
- La comunicació no verbal: mirar als ulls, el valor de tenir a la persona amb la qual converses davant.
- L'adaptació a ells: és important adaptar la comunicació a l'edat.
- El temps i l'actitud: hem d'entrar en el seu món amb temps i paciència

Com a element facilitador de la comunicació es destaquen els espais habituals de conversa (dinars, acompanyar els néts a l'escola, etc.). Els espais quotidians de trobada són considerats formes naturals de reunió familiar que, fugint de formalismes, permeten aplicar pautes comunicatives i d'organització familiar. Algunes de les recomanacions que fan:

- Cercar temps i espais per trobar-se. Per exemple, coincidir tots en determinats moments (dinars familiars).
- Quan es posen objectius, compartir-los entre tots aquells que participen en el procés educatiu (responsabilitat compartida). No només entre els familiars, també és important que la família i l'escola comparteixin criteris educatius.

- És important que l'infant se senti escoltat i atès pels adults.
- Algunes recomanacions comunicatives: respectar el torn de paraula, evitar el «sempre» i el «mai», fer preguntes obertes (per evitar l'interrogatori, les respostes curtes o la interrupció de la comunicació), fer propostes («Què vos sembla si...?»).
- Ingredients clau: temps, paciència, respectar la individualitat (per exemple, evitar les comparacions entre germans) i fomentar l'autonomia.

4. Conclusions

En el grup de discussió expressen la seva disponibilitat cap a la cura dels seus néts, i consideren com a qualitats pròpies l'austeritat i la capacitat de donar als altres. Tot distingint les situacions de necessitat de les situacions d'aprofitament per part d'alguns fills, expressen la seva preocupació per les situacions de necessitat actuals i es refereixen a casos de sobrecàrrega sobre alguns padrins que fan necessari establir uns límits de la responsabilitat assumida. Tot i així, en relació amb la forma com els seus fills eduquen els seus néts, es mostren comprensius afirmant: «Quan eduques el teu fill, ho fas pensant que ho fas bé. Han passat anys... ara parlem amb la mentalitat d'ara. Per tant, no podem jutjar» (DN1-1).

Quant als riscos actuals, predomina una visió comprensiva i apunten a la invisibilitat d'aquests mateixos riscos en el passat i l'efecte que actualment tenen els mitjans de comunicació. Consideren que ells no han de transmetre por: «la por al futur, crec que és normal [...], però el futur ja no és el nostre, el futur és d'ells... i nosaltres no hem de transmetre por, de cap manera [...]. Ells tenen força per afrontar el seu futur i guanyar (HS2-1).

Es refereixen al canvi de valors i comprenen la necessitat d'acceptar aquest canvi («s'imposen nous principis») i la idea que «el que servia a la nostra època ara no serveix». Una frase que recull aquesta idea d'acceptació dels canvis és la següent: «estam intentant donar llum amb... amb llumins antics» (HS2-1).

En el debat sobre el present i el passat es parla de la necessitat d'afavorir la capacitat d'adaptació dels infants per afrontar el futur: «temors... temors no en tinc... cap a un futur. Intento que tot el meu temps i tota la seva meua capacitat, em guiïn cap a un camí per veure què puc fer, què puc aprendre, què puc aportar als meus fills i als meus néts» (DS1-3).

Destaquen la idea que la relació amb els néts és diferent a la que van tenir amb els seus fills quan aquests eren petits (valoren que amb els néts no tenen tanta càrrega de responsabilitat). Es refereixen als sentiments que tenen pels seus néts (tendresa, proximitat,

amor, afecte, alegria...) i a la necessitat de mostrar aquests sentiments (abraçar-los, acariciar-los, besar-los, escoltar-los) i «donar-los el que no van tenir amb els seus padrins». Hi ha una frase que recull aquest plantejament: «Crec que tots necessitam rebre i donar, i és molt important des de petits sentir-nos estimats, per aprendre.»

Un dels aspectes que es desprenen de la reflexió és la importància de la relació entre la comunicació i el joc. Valoren el temps de què disposen per jugar amb els néts (compartir amb els néts el que al seu moment no van poder fer amb els fills), la comunicació (no explicar batalletes, parlar-los i fer-los parlar), la comprensió i l'empatia. Algunes conclusions de la seva anàlisi són les següents:

- Els sentiments. Necessitat de mostrar els sentiments que tenen pels seus néts (tendresa, proximitat, amor, afecte, alegria...): abraçar, acariciar, besar, escoltar...
- Estimar per aprendre: «Crec que tots necessitam rebre i donar, i és molt important des de petits sentir-nos estimats, per aprendre.»
- La senzillesa. Una funció dels padrins és fer amb els petits el que els pares no tenen temps de fer. Es valoren fets senzills com ser-hi, conversar-hi o mirar-los.
- La mirada. Mirar (de forma benèvola i comprensiva) els nins és important. És important dir-los «et veig». Els infants necessiten que els miris i els pares, a vegades, no els miren (estan més pendents del mòbil).
- La comunicació i el joc. Valoren el temps de què disposen per jugar amb els néts (compartir amb els néts el que al seu moment no varen poder fer amb els fills), la comunicació (no explicar batalletes, parlar-los i fer-los parlar), la comprensió i l'empatia.
- L'espontaneïtat en la conversa (fugir de la conversa limitada a la recollida d'informació) i el silenci com a part de la conversa.
- La comprensió. Es valora que els infants sàpiguin que els padrins tenen capacitat per entendre'ls, la qual cosa afavoreix una vivència del respecte per l'altre, una forma de respecte no distant sinó propera. En aquest sentit, es considera imprescindible evitar els judicis de valor («jutjam els altres pel que diuen i a nosaltres pel que pensam»).
- L'empatia. La importància d'adaptar-se: saber entrar en el seu terreny o saber el que els agrada.

Les idees clau de la relació entre les conclusions del grup de discussió i l'anàlisi del PCF són les següents:

- És important la coherència entre les normes de tots els agents implicats en l'educació dels infants. Quan es posen objectius, és fonamental compartir-los entre tots aquells que participen en el procés educatiu; no només entre els familiars, també és important que la família i l'escola comparteixin criteris educatius.
- Quant a les expectatives de desenvolupament, estan d'acord en la necessitat de reconèixer la diversitat dels infants i de revisar les expectatives pròpies d'acord amb les etapes evolutives dels infants.
- És important que l'infant se senti atès i escoltat pels adults. Sobre les habilitats de comunicació es revisen pautes de comunicació verbal i no verbal, i consideren necessàries l'adaptació de la comunicació a l'edat i la dedicació del temps suficient.
- Els espais quotidians de trobada són considerats com a formes naturals de reunió familiar que, fugint de formalismes, permeten aplicar pautes comunicatives i d'organització familiar.
- Quant a l'ús de recompenses, valoren que s'ajustin a l'edat, l'esforç, les circumstàncies i els gustos personals (no han de respondre a les necessitats dels adults). Entenen que un mal ús de les recompenses pot promoure el materialisme, no valorar el que es té i la insatisfacció. Més aviat al contrari, l'ús de recompenses ha de desenvolupar la responsabilitat dels infants.
- Ingredients clau: temps, paciència, respectar la individualitat (per exemple, evitar les comparacions entre germans) i fomentar l'autonomia.

Referències bibliogràfiques

Badenes N. i López M. T. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Revista de servicios sociales, Zerbitzuan*. 47. Gobierno Vasco.

Gomila, M. A. i Pascual, B. (2012). Padrins que fan de pares: un dret de l'infant o una obligació de la persona gran?. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012* (p. 163-186). Palma, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB).

Hank K. i Buber I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren: Findings From 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*. Vol 30, núm. 1. 53-83.

Hank, K. (2010). Societal determinants of productive ageing: A multilevel analysis across 11 European countries. *European Sociological Review* 27 (4): 526-541. [En línia] <DOI: 10.1093/esr/jcq023>.

Igel, C i Szydlik, M. (2011). Grandchild care and welfare state arrangements in Europe. *Journal of European Social Policy*, juliol 2011. Vol. 21, núm. 3. 210-224.

Kropf, N. i Burnette, D. (2011). Grandparents as family caregivers: lessons for intergenerational education. *Educational Gerontology*. Vol. 29, núm. 3, p. 361-372. [En línia] <DOI:10.1080/713844334>.

Macías, L., Alzina, P. i Tur, G. (2010). Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències. Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*, (351-387). Palma, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Macías, L., Orte, C. i March, M. X. (2011). Programas universitarios para mayores y relaciones intergeneracionales. La experiencia de un programa. Alonso P. M. (dir.) *Revista de Ciencias de la Educación: Órgano del Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación*, núm. 225-226, (227-249). Madrid.

Macías, L., Orte, i March, M. X. (2012). Programas universitarios para mayores y relaciones intergeneracionales. La experiencia de un programa. Jiménez, A. i Palmero, C. (coords.) *Programas Universitarios para Mayores. Revista Memorialidades*, núm. 17, (431-474). Brasil, Universidade Estadual de Santa Cruz.

Orte, C., Ballester, L., Pascual, B., March, M. X., Amer, J. i Gomila, M. A. (2013). La educación familiar en los contextos escolar y comunitario: hacia un modelo orientado a la mejora de las competencias familiares. *La crisis social y el estado del bienestar. Las respuestas de la pedagogía social*, p. 153-160. Oviedo, Ediciones de la Universidad de Oviedo.

Orte, C., Ballester, L., March, M. X. i Amer, J. (2012a). The Spanish Adaptation of The Strengthening Families Program. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 84, p. 269-273.

Orte, C., Ballester, L., Amer, J., Oliver, J. L. i March, M. X. (2012b). Aspectos clave en la adaptación de programas de prevención eficaces basados en la investigación: el programa de competencia familiar. Morales, S., Lirio, J. i Ytarte, R. (coords.). *La pedagogía social en la universidad. Investigación, formación y compromiso social*. València, Editorial Nau Llibres, p. 159-168.

Sanz, R., Mula, J. M. i Moril, R. (2011). *La relación abuelos-nietos-escuela: una excusa o una necesidad*. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación 2011. Universitat de Barcelona.

Autores

CARMEN ORTE SOCÍAS

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 i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Palma, 1966. Llicenciada en ciències polítiques i sociologia per la Universitat Complutense de Madrid; doctora en història per l'Institut Universitari Europeu (Florència, Itàlia); becària postdoctoral a les universitats de Cambridge (Regne Unit) i Provença (França) i becària Marie Curie de la Comissió Europea a la Universitat de Provença, on ha desenvolupat un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals en la Mediterrània. Professora ajudant doctora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i membre del grup de recerca GIFES. Les seves actuals línies de recerca se centren en les relacions familiars i les funcions educatives de la família, amb un interès especial en les relacions entre famílies i l'escola.

M^a BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma, 1968. Llicenciada en sociologia i ciències polítiques per la Universitat Complutense de Madrid; doctora en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora col·laboradora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre de l'equip d'investigació GIFES, desenvolupa la seva tasca

de recerca en projectes d'investigació educativa i social relacionats amb la pedagogia social i la sociologia de l'educació, en els àmbits de la intervenció socioeducativa en la família, l'anàlisi del sistema educatiu i la intervenció comunitària. Des de juliol de 2009 és vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social.

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en psicopedagogia, doctora amb menció europea en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Membre de l'equip d'investigació GIFES, des d'on participa en dos projectes europeus relacionats amb les persones grans i la formació al llarg de tota la vida. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a la gent gran, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on treballà amb el doctor Alan Walker sobre la qualitat de vida en la gent gran.

**LA SEXUALITAT I LES PERSONES GRANS .
APROXIMACIÓ INICIAL A UNA REALITAT
INVISIBLE I DESCONEGUDA**

La sexualitat i les persones grans. Aproximació inicial a una realitat invisible i desconeguda

Martí X. March Cerdà
i Grup de Gerontologia Educativa*

Resum

En aquest article, i en el marc de les noves tendències demogràfiques, de l'existència d'una societat cada vegada més envellida i del que es denomina envelliment actiu, es fa una aproximació inicial a la realitat de la sexualitat en el col·lectiu de les persones grans. Una anàlisi que, partint del que és la concepció de la sexualitat i de l'afectivitat, constata una realitat invisible, desconeguda i plena de prejudicis. En aquesta perspectiva s'analitzen la concepció i la realitat de la sexualitat en un grup de 160 persones grans, residents majoritàriament a Mallorca, entrevistades sobre el que es denomina envelliment actiu, entrevista dins la qual es varen incloure preguntes sobre la sexualitat. Partint de les anàlisis de les entrevistes es plantegen una sèrie de conclusions sobre la realitat de la sexualitat en el grup de persones objecte d'aquest treball.

Resumen

En este artículo, y en el marco de las nuevas tendencias demográficas, de la existencia de una sociedad cada vez más envejecida y de lo que se denomina envejecimiento activo, se hace una aproximación inicial a la realidad de la sexualidad en el colectivo de las personas mayores. Un análisis que, partiendo de lo que es la concepción de la sexualidad y de la afectividad, constata una realidad invisible, desconocida y llena de prejuicios. En esta perspectiva se analiza la concepción y la realidad de la sexualidad en un grupo de 160 personas mayores, residentes mayoritariamente en Mallorca, entrevistadas sobre lo que se denomina envejecimiento activo, entrevistas en las cuales se incluyeron preguntas sobre la sexualidad. Partiendo de los análisis de las entrevistas se plantean una serie de conclusiones sobre la realidad de la sexualidad en el grupo de personas objeto de este trabajo.

1. L'envelliment actiu: una nova forma de viure de les persones grans

No hi ha cap dubte que les tendències demogràfiques, en el context europeu, i també espanyol, dibuixen una línia clara cap a l'envelliment de la població; una tendència que tindrà i ja està tenint conseqüències importants i significatives per a l'economia, per a les polítiques socials i per al manteniment de l'Estat del benestar. Aquest procés d'envelliment de la societat i de la població contribuirà, de forma important, a la modificació de les relacions entre generacions, amb tot el que aquest fet implicarà a tots els nivells, modificarà els nous rols socials d'aquest col·lectiu, la seva vida, les seves relacions, els seus valors, les seves emocions. Es tracta d'una qüestió fonamental des de la perspectiva econòmica, social, política, cultural i personal. La modificació del rol social de les persones grans i de les relacions intergeneracionals suposarà, tal com es dugui a terme, un canvi en el conjunt de la societat, en les relacions socials, en la cultura de l'envelliment, en la concepció de les pensions, en la forma de

tractar la situació de les persones grans, en el desenvolupament de les polítiques socials, en la forma de concebre els processos de jubilació, en el valor de la solidaritat, en el paper del voluntariat, en l'increment del valor social de la vida autònoma, en noves formes de viure la jubilació, en nous rols i noves funcions de les persones grans, en noves relacions familiars entre padrins, pares i fills, en noves percepcions socials dels més grans...

Som davant, doncs, de la construcció d'uns nous papers i d'unes noves funcions. Es tracta d'analitzar, en el context europeu, en el context espanyol, en el context de les Illes Balears, la realitat i les conseqüències de l'existència d'un grup social —el de les persones grans— que ha de redefinir el seu paper en la societat del segle XXI, en la societat del coneixement. Un grup social cada vegada més nombrós, més divers, més plural, més heterogeni, amb noves demandes i amb noves necessitats socials. Per tant, en el marc dels canvis socials i en el procés del que s'ha denominat l'envelliment actiu, cal assenyalar que som, ara i aquí, al segle XXI, davant un canvi de rol de les persones grans que va més enllà del que s'havia conegut fins aquí.

Efectivament estam passant d'una situació de pocs anys de vida després de la jubilació a un increment de l'esperança de vida, d'un col·lectiu caracteritzat per la passivitat a un grup de persones grans cada vegada més actiu, d'un col·lectiu poc visible a un col·lectiu cada vegada amb més elements de visibilitat, d'un col·lectiu poc consumidor a un col·lectiu que gaudeix —amb diferències i dificultats—, que forma part de la societat de consum, d'un col·lectiu amb poques aportacions econòmiques a un grup cada vegada més important en el desenvolupament de l'economia i el PIB, d'un col·lectiu poc solidari a un grup cada vegada més solidari i amb més aportació social. Aquest és un col·lectiu que passa de tenir una percepció de no aportar a la societat a ser un col·lectiu que, malgrat la jubilació, segueix aportant diversos actius que contribueixen no només a la prosperitat econòmica sinó també a la cohesió social i familiar.

Efectivament el paradigma de l'envelliment actiu i de la participació de les persones grans en el desenvolupament social és cada vegada més important des de totes les perspectives, i a través d'una sèrie d'actuacions de les quals hem vist una sèrie d'exemples. Es tracta de nous temps, de noves situacions que cal afrontar amb actituds i comportaments diferents (Fernández-Ballesteros, 2009). El que resulta evident és que la construcció d'aquesta nova ciutadania necessita les aportacions i les contribucions de les persones grans.

Efectivament ens trobam davant una nova mirada, unes noves mirades sobre les persones grans en relació amb diverses qüestions com la salut, la sexualitat, la longevitat, la felicitat, el compromís, els drets de ciutadania, la globalització, les relacions intergeneracionals, la bellesa, les noves tecnologies, la vida quotidiana, el voluntariat, el mercat de treball, les relacions familiars, l'economia, l'habitatge, la ciutat, el territori, el turisme, etc. Però hi ha noves mirades perquè la realitat està canviant, perquè la realitat ha canviat, perquè

la realitat és dinàmica; i tot això ara més que mai. L'IMSERO, en una obra interessant de diversos autors, *Nuevas miradas sobre el envejecimiento* (2009), ens planteja no només les conseqüències actuals de l'envelliment sinó també la necessitat de desmuntar mites, estereotips i totes les falses percepcions que avui en dia hi ha en relació amb la vellesa i el procés d'envelliment. Per tant, les noves mirades cap a l'envelliment no són una qüestió de voluntarisme, ni una qüestió de desitjos de veure les coses d'aquesta manera. Les noves mirades sobre l'envelliment són fonamentalment l'impacte de tot el que ha passat i està passant actualment en relació amb les persones grans. La realitat de la gent gran és cada vegada més una altra, és cada vegada més distinta, és cada vegada més diversa.

En aquest context de noves mirades i de noves percepcions, és important fer referència a Gonzalo Berzosa, entre altres autors; així, Gonzalo Berzosa (2009, p. 258) respecte de la nova concepció sobre les persones grans diu el següent:

«El desempeño de nuevos roles de la vejez no es fácil porque si bien todo cambio genera resistencias en el modelo social de persona mayor se destacan tres resistencias que frenan y desvirtúan la conquista de algunos colectivos. En primer lugar está la resistencia personal a algo desconocido. Al no disponer de imágenes sociales que reproduzcan nuevos modelos de ser mayor la aventura individual se frena por la amenaza de lo desconocido. En segundo lugar hay una resistencia, que surge del entorno en el que viven las personas mayores, que se circunscribe muchas veces a su familia y al vecindario. El contexto determina el modelo que deben seguir porque demandan viejas tradiciones y repetición de modelos anteriores. Esta segunda resistencia afecta directamente a muchas mujeres mayores que han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un secular papel social de “cuidadoras” de padres, suegros, maridos e hijos. Han llegado a edades avanzadas con pocos recursos económicos y carentes de redes sociales [...]. Esta resistencia es fruto de la dispersión familiar que nuestra sociedad industrial conlleva y de los diversos modelos de familias que se han establecido en el siglo XXI. La tercera resistencia al cambio se plasma a través de los medios de comunicación que muchas veces repiten imágenes del pasado y refuerzan con su lenguaje visual los modelos que hay que superar.»

Per tant, com en qualsevol canvi personal, social, polític, econòmic, cultural, etc., cal assenyalar que hi ha resistències importants i significatives a tots els nivells. En el cas de les persones grans, ja hem vist que Gonzalo Berzosa les planteja de forma clara, i dificulten que els nous rols de les persones grans es puguin desenvolupar i, a més, que la societat els pugui percebre de forma positiva.

Per tant, els canvis amb relació a les persones grans tenen moltes dimensions i perspectives, tant de caràcter objectiu com de caràcter subjectiu; però tot plegat ens dóna una visió global sobre aquesta nova realitat, sobre aquestes noves mirades, sobre

aquestes noves percepcions de les persones grans. Ens trobam, doncs, davant un nou paradigma de l'envelliment que els propers anys tindrà importants efectes a tots els nivells de la societat. Si el segle XX fou l'escenari del canvi de la situació de la dona a la societat, el segle XXI, sobretot als països desenvolupats, suposarà un canvi significatiu amb relació a les persones grans.

Es tracta, doncs, d'una qüestió que cal seguir analitzant. La globalització ja és aquí i té unes importants conseqüències sobre, també, l'envelliment. Un tema sobre el qual cal seguir reflexionant en profunditat és què significa tot això per a aquest sector de població. Així doncs, ens trobam davant un canvi, als països desenvolupats, important en les funcions de les persones grans, com a conseqüència de l'envelliment demogràfic de la societat, de la caiguda de la fecunditat, dels canvis econòmics i socials, de les noves realitats familiars, etc. Es tracta de noves funcions que s'estan institucionalitzant de forma progressiva i que necessiten una resposta social des de la reflexió, des del debat, des de la participació de tots els sectors socials. Estam entrant en una nova etapa de les relacions entre les persones grans i la societat, entre les persones grans i les noves generacions, entre les persones grans i l'Estat, entre les persones grans i les famílies. És la constatació que som, també en aquest aspecte, davant un canvi profund que cal seguir estudiant, i cal seguir donant-hi les respostes adequades.

I un dels canvis que caldria conèixer amb més profunditat, és, sense cap dubte, el que fa referència a les qüestions de l'afectivitat, de les emocions, de la sexualitat, de les amistats, de les noves relacions de parella, de les relacions íntimes. Un tema molt poc estudiant, amb molta invisibilitat i amb necessitat de valorar-lo com una dimensió necessària i bàsica en el desenvolupament humà.

2. La sexualitat en les persones grans: una realitat invisible

Un dels canvis més significatius de la segona meitat del segle XX als països més desenvolupats fou, entre altres, la revolució de la dona, amb relació al seu rol social, a l'inici de les polítiques d'igualtat amb relació a la legalitat, a l'accés a l'educació, al mercat de treball, al poder, a les empreses, etc. Ha estat un dels canvis més importants i ha afectat, entre altres aspectes, l'estructura i les relacions familiars, el model educatiu, que ha passat de la separació de sexes a l'escola a l'educació mixta fins a arribar a la coeducació; però ha afectat també la sexualitat, la seva concepció, la forma de viure-la, la forma de fer-la més visible. Ha estat, en qualsevol cas, i malgrat tot, una autèntica revolució sexual en què s'ha parlat de l'alliberament de la dona, a la recerca d'un paper més actiu en la vida, la família, la feina i la sexualitat. Un alliberament sexual que, també, s'ha manifestat en la dona en el coneixement del seu propi cos, en la recerca del seu propi plaer en el marc d'una nova sexualitat més lliure i més visible.

Si a aquesta revolució sexual hi afegim l'increment de l'esperança de vida de les persones, sobretot de les dones, i l'existència del que s'ha denominat la revolució grisa, amb una major visibilitat d'aquest sector de població, ens trobam davant el que es denomina l'envelliment actiu d'una població que ha passat de l'anonimat a un creixent poder i visibilitat a tots els nivells. I aquesta idea de l'envelliment actiu, juntament amb el canvi de mentalitat de les generacions que arriben a la vellesa i l'existència de nous productes farmacèutics que afecten, fonamentalment, la sexualitat masculina, posa les bases d'un canvi en la forma de viure l'afectivitat i la sexualitat de les persones grans.

De totes maneres, quan ens referim a l'afectivitat i a la sexualitat de les persones grans, a més de constatar que no hi ha estudis sobre aquesta qüestió, hem de fer referència a les dificultats per poder conèixer aquesta realitat de forma objectiva i significativa. A més, en el marc dels estudis sobre el cicle vital, les recerques sobre l'envelliment han començat a fer-se a final del segle XX de forma sistemàtica i profunda.

Però si els estudis sobre la sociologia, la demografia, l'economia o la psicologia de l'envelliment són recents, els que fan referència a la qüestió de les emocions, de l'afectivitat o de la sexualitat resulten insuficients per poder conèixer aquest aspecte bàsic i fonamental d'aquesta etapa de la vida. En qualsevol cas, sí que cal posar de manifest l'existència creixent d'estudis sobre un dels grans problemes del nostre temps: la soledat i les persones grans.

Charles i Carstensen (2007) i Schaie i Lawton (eds.) (1997), entre altres autors i des de moments diferents, han fet unes anàlisis molt interessants sobre les relacions entre les emocions i l'envelliment, a partir de les diverses investigacions sobre aquesta qüestió. En aquestes anàlisis han posat de manifest tots els temes que des de la perspectiva emocional tenen una influència en la seva regulació, com el context social de les emocions o els canvis associats a l'envelliment en la psicofisiologia de l'emoció, la comprensió de les emocions, la intensitat emocional, el benestar subjectiu o la percepció de control.

Cal tenir en compte que l'estudi de les emocions ens proporciona tot un seguit d'informacions sobre determinants aspectes que ens donaran elements per dur a terme programes d'intervenció sobre aquests aspectes. Ens referim, entre d'altres, als següents:

1. Emocions com a predictores i mediadores de salut en la vellesa.
2. Emocions com a components de l'envelliment saludable i de l'experiència de benestar en la vellesa: diferències associades a l'edat.
3. Benestar emocional.
4. Experiència emocional: components neurofisiològic, subjectiu i expressiu.
5. Interacció entre emoció i cognició.

De tot això es desprenen tot un seguit de conclusions que cal tenir en compte a l'hora d'abordar intervencions que tinguin com a objectiu l'increment del benestar emocional de les persones grans. Així, en aquesta perspectiva, són interessants algunes de les reflexions que sobre aquesta qüestió de la regulació de les emocions ens planteja María Márquez-González (2008, pp. 13-14):

«La reflexión y análisis sobre las propias emociones es una conquista relativamente reciente de nuestra sociedad, la cual parece encontrarse actualmente en los umbrales de la era de las emociones. [...] ¿cómo podemos los profesionales aprovechar este conocimiento sobre las emociones de cara a optimizar la vida emocional de las personas mayores? Tras la revisión realizada sobre las emociones en las personas mayores, se constatan varias cosas:

- Por un lado, la vejez puede ser una etapa de crecimiento emocional: la experiencia a lo largo del ciclo vital puede facilitar que las personas vayan desarrollando y perfeccionando su repertorio de habilidades para gestionar de manera eficaz sus emociones. Así, el estudio de la emoción en la vejez abre una ventana al optimismo y lleva a la reflexión sobre la necesidad de continuar potenciando en nuestra sociedad una mirada a las personas mayores desde el respeto y reconocimiento de los frutos positivos de la edad [...]. Esta nueva mirada de "aprendices de los mayores" (¿qué puedo aprender de las personas mayores?) contribuirá sin duda a reforzar su capacidad de control y autoeficacia y su papel en nuestra sociedad como agentes de enseñanza de valores y sabiduría, tal y como se recomendaba explícitamente en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (ONU, 2002).

- Por otro lado, tras la revisión realizada, resulta evidente la necesidad de considerar de forma explícita el área emocional en la planificación de la atención sanitaria y social a las personas mayores. Actualmente, de entre las múltiples actividades ofertadas a las personas mayores en las distintas comunidades de nuestro país, únicamente un porcentaje mínimo está orientado al desarrollo o potenciación de la experiencia y/o las competencias emocionales.

Respecto a cómo actuar para potenciar la experiencia y el funcionamiento emocional en la vejez, parece necesario potenciar un acercamiento de las personas mayores a su vida emocional, en el sentido de facilitar un mayor conocimiento y comprensión de sus emociones, reconocer la importancia de su experiencia y regulación y su íntima relación con su salud y aprender formas adaptativas de regularlas.»

Per tant, és evident que no només es reconeix la importància de les emocions en el procés de desenvolupament de les persones i, també, de les persones grans, sinó que és possible de treballar, a través de programes d'intervenció de caràcter emocional, tant des de l'àmbit socioeducatiu com del sanitari.

En aquest context de la importància i del treball de les emocions, un element fonamental són, tal com s'ha dit, les qüestions de l'afectivitat i de la sexualitat; uns temes que es poden considerar importants i invisibles, però fonamentals des de la perspectiva de la salut emocional. Així, es tracta d'una àrea especialment maltractada, poc coneguda i menys entesa per la gent, pel conjunt de la societat i especialment per la mateixa gent gran; i fins i tot pels professionals que treballen amb aquest col·lectiu. En aquest mateix context, José Luis Garcia (2005, p. 3) ens diu el següent:

«La presión ha sido de tal naturaleza que, en ciertos ámbitos, determinadas manifestaciones afectivas hacia un niño/a, por ejemplo, han podido suscitar sospechas de abuso sexual. Como decía el profesor Aranguren, "...de la vida sexual de los ancianos solamente se hablaba cuando era motivo de escándalo. Una moral victoriana quería ignorar su existencia, por lo que cualquier manifestación era considerada como una forma de conducta impropia o como una desviación". Figuera (1990) ha indicado que la conducta sexual en la ancianidad está calificada como ilegítima, es víctima de muchas más agresiones que la del adulto y constituye una negación social.

»Este tipo de mitos y creencias erróneas han estado tan extendidas que se ha considerado que el envejecimiento conlleva una inevitable pérdida del interés sexual y de la capacidad sexual, hasta acabar agotándose. Probablemente, como han señalado Kolodny, Masters y Johnson (1983), entre otras razones explicativas de tales creencias, estaría el hecho de que la sociedad tiende a negar el envejecimiento, a valorar negativamente la vejez (también la muerte, de la que no suele hablarse) que no acaba de aceptar. Así mismo se tiende a considerar que la vejez es un proceso irreversible, asociándolo a menudo con un deterioro físico y psicológico irrecuperable. Por el contrario esa misma sociedad, con inusitada energía, promueve y refuerza un modelo juvenil de salud y lozanía.»

Efectivament es tracta d'una cita que reflecteix el que ha estat i, en part, és la concepció i la realitat de la sexualitat de les persones grans; una realitat, encara, més dura i més inviable si ens referim a la sexualitat de les dones grans, un col·lectiu cada vegada més important a causa de tenir més esperança de vida que els homes. I això no només està relacionat amb una concepció de la sexualitat sinó també amb l'existència d'un model social i una cultura del cos que reforça el cos juvenil i les imatges que des de la publicitat i els mitjans de comunicació es fonamenten en aquest i altres aspectes.

En aquesta mateixa perspectiva, Joan Ferrer (2012, p. 272) amb relació a la sexualitat de les persones grans planteja tot un seguit de reflexions que posen de manifest no només la visió reduccionista sobre la sexualitat en general i sobre la sexualitat de les persones grans en concret, sinó també les falses creences, el prejudici, les visions esbiaixades que sobre la sexualitat de les persones grans hom té, malgrat els canvis que hi ha en aquest aspecte:

«Les falses creences sobre la sexualitat en general i en la vellesa en concret que s'han difós al llarg de la història han condicionat negativament les possibilitats que les persones grans visquin adequadament i lliurement la seva sexualitat.

»Entre aquestes podríem destacar idees com:

- La satisfacció sexual decreix després de la menopausa.
- La gent gran no tenen interessos sexuals.
- És indecent i de mal gust que la gent gran tinguin interès per la sexualitat.
- L'activitat sexual afebleix.
- La gent gran que s'interessen per la sexualitat són persones immadures (vells verds).
- La gent gran no tenen capacitat fisiològica que els permeti tenir conductes sexuals.
- Les persones grans no són atractives sexualment.»

En el marc d'aquesta percepció que es té sobre la sexualitat de les persones grans, resulta interessant tenir en compte una altra variable. Em referesc a la qüestió de les relacions entre persones grans en funció de l'edat de l'home i de la dona. Així resulta significativa la permissivitat que es té quan les relacions són entre homes grans i dones joves, permissivitat que no es té quan és la dona la que té relacions amb homes més joves. Es tracta, d'una banda, de la plasmació de la concepció que hom té de les relacions d'igualtat i de desigualtat entre homes i dones, i també de la concepció de la sexualitat. A tot això s'ha d'afegir que les investigacions sobre la sexualitat tenen més incidència pràctica i real sobre els homes. La posada en circulació, entre d'altres, de la medicina anomenada Viagra és un exemple del que diem. Tanmateix la consideració de l'home gran amb relació a la dona gran també es matisa en funció de la classe social de l'home. Per tant, a l'hora d'abordar la qüestió de la sexualitat de les persones grans, és important fer una referència molt concreta al tema de la dona, ja que té una doble discriminació, per dona i per gran. Cal partir de la idea que la sexualitat, de forma diferent i diferenciada, es pot viure en qualsevol edat.

En aquesta perspectiva de l'edat, resulten interessants les reflexions que a partir de diversos estudis es fan sobre la sexualitat de les persones grans (Garcia, 2005, pp. 9-10)

«Nieto (1995) en su estudio sobre la sexualidad de la vejez en España, ha señalado que hombres y mujeres mantienen actividades sensiblemente diferentes. Por ejemplo las mujeres siempre han valorado más las caricias y besos, el coqueteo, y han considerado menos importante el coito o la satisfacción de haberlo hecho. En esa investigación, el acuerdo con las frases "para mí el sexo está de más" y "nunca he entendido por qué le dan tanta importancia al sexo", es más frecuente en las mujeres mayores, mientras que la frase "mi vida sexual ha sido muy rica y variada" suscita mayor porcentaje de acuerdo entre los varones.

»Una encuesta de Moiola (2005) realizada con mayores de Sevilla, revelaba que la mayor parte de los/as entrevistados opinaba que "la sexualidad continua toda la vida". De las personas que pensaban que llegaba a un final, las mujeres se inclinan a pensar que "finaliza al enviudar" y los hombres porque "termina con la menopausia".

»Además el hecho de que, en este momento evolutivo, haya más mujeres que hombres y que la sociedad sea mucho más estricta con la libertad sexual de ellas, disminuye enormemente la posibilidad de que una buena parte de mujeres mayores tenga oportunidad de establecer nuevas relaciones afectivo-sexuales.

»En este sentido algunos autores hablan del "síndrome del viudo" (Ham R. y col. 1992). A esto habría que añadir una peor autoestima y autoimagen en la mujer, menos habilidad para iniciar relaciones y una mayor pasividad en la sexualidad.»

En qualsevol cas, el que resulta evident és que no només cal lluitar contra els prejudicis i les percepcions negatives que estigmatitzen les persones grans i la seva sexualitat, fonamentalment les dones, sinó que cal plantejar una altra manera d'entendre la sexualitat en aquestes edats. A més, la diversitat creixent de les persones grans, la seva visibilitat progressiva, el seu poder progressiu, l'increment de la seva consideració social i la seva importància demogràfica anirà canviant la sexualitat d'aquest col·lectiu. Una sexualitat que, a més, serà la continuació dels canvis amb els comportaments sexuals de les generacions joves i de les generacions adultes. La sexualitat és i serà una altra variable més dels canvis socials, culturals, educatius que està sofrint la societat des de la segona meitat del segle XX i l'inici del segle XXI. Cal tenir en compte, a més del canvi de costums i de moral, la revolució demogràfica i la lluita de la dona per la igualtat de drets.

Així doncs, la sexualitat de les persones grans no només està en procés de canvi a les societats actuals, sinó que estam a les portes d'un model de sexualitat cada vegada més normalitzat, més visible, més real. Estam passant d'una realitat invisible i amagada a una nova realitat en què la normalitat i la diversitat ha de ser un nou signe del nostre temps.

3. Realitat de la sexualitat en les persones grans: una aproximació inicial

No hi ha cap dubte que si la sexualitat de les persones grans ha estat i és un tema invisible, el coneixement d'aquesta realitat és, en molts de casos, una incògnita. La manca d'estudis és un fet, malgrat que calgui posar de manifest que comença a haver-hi recerques interessants. Tanmateix a les Illes Balears la manca d'estudis sobre aquesta qüestió és real; per tant, ens movem amb manca de dades significatives d'aquesta realitat important i definitiva per a les persones d'aquest col·lectiu.

En aquest context, i a l'assignatura de Gerontologia Educativa, que s'ha impartit a la Facultat d'Educació, a la titulació d'Educació Social, en modalitat presencial, durant el curs 2013-14, hem dut a terme una investigació sobre la idea titulada: «Quan l'edat és un estímul». Es tractava de fer entrevistes al col·lectiu de persones grans atenent la seva diversitat.

L'objectiu del treball era conèixer la visió que tenien les persones grans de la seva concepció de la vida; en aquest sentit, les qüestions a analitzar foren les següents:

- 1) Concepció de l'envelliment
- 2) Aficions i hobbies
- 3) Activitats actuals
- 4) Viatges
- 5) Concepció de les relacions intergeneracionals
- 6) *Sexualitat*
- 7) Activitats que li agradaria realitzar
- 8) Opinió sobre la dependència
- 9) Opinió sobre la societat actual
- 10) Problemes que li preocupen
- 11) Concepció sobre la mort
- 12) Etc.

I tot això tenint en compte les variables següents:

- 1) Edat
- 2) Sexe
- 3) Lloc de naixement
- 4) Lloc de residència
- 5) Nivell d'estudis
- 6) Estat civil
- 7) Fills: quants?
- 8) Situació familiar: viu tot sol o en família
- 9) Professions realitzades
- 10) Professiò darrera
- 11) Anys de jubilat
- 12) Pensió que rep
- 13) Altres ingressos
- 14) Propietats
- 15) Situació de salut
- 16) Associacions a les quals pertany
- 17) Carnet de conduir i si l'utilitza
- 18) Altres aspectes rellevants de la seva vida.

Es tractava d'un treball de recerca emmarcat en el paradigma de l'envelliment actiu, de l'envelliment productiu, de l'envelliment satisfactori, de l'envelliment reeixit. En el marc d'aquest treball, tal com es pot veure, la qüestió de *la sexualitat* no era el tema més important, però sí que suposava una primera aproximació al coneixement inicial d'una realitat invisible. Des d'aquesta perspectiva el nombre de persones que foren objecte d'entrevista, d'edats i sexes diferents, foren 160, residents majoritàriament a Mallorca. Es tractava d'una entrevista semiestructurada, d'acord amb els aspectes abans esmentats.

Quins són els resultats que amb relació a la sexualitat podem extreure de les entrevistes realitzades? Tal com hem dit anteriorment, les dades sobre sexualitat no són les més significatives, però sí que reflecteixen una concepció, tant pel tipus de resposta com pels silencis en les respostes. En qualsevol cas resulta evident que les entrevistes són un exemple de la pluralitat de les persones grans; una pluralitat d'edat, de sexe, de consideració social, d'actitud vital, de nivell cultural, de plantejament de vida, d'ideologia, d'activitat, de situació familiar, de grau d'autonomia, etc. En tots els casos la qüestió de la sexualitat reflecteix una concepció transversal en què totes les variables influeixen. Si bé la qüestió de l'edat és quelcom bàsic, hi ha altres aspectes que incideixen sobre la conducta o l'actitud, com ara ser home o dona, vídua o vidu, la pràctica religiosa, l'educació rebuda, etc.

De totes maneres, el que resulta evident és que de les entrevistes realitzades es desprèn que el tema de la sexualitat en les persones grans no resulta, en general, còmode. És veritat que la majoria de les persones grans contesten aquesta pregunta, però també és una realitat que ens trobam davant una qüestió que la gent gran té problemes per respondre, no només perquè es tracta d'un tema íntim sinó perquè es tracta d'un tema en la naturalitat i normalitat del qual aquest col·lectiu no ha estat educat.

A més, a tot això cal afegir que els estudiants de l'assignatura que varen fer l'entrevista tenien una certa prevenció a l'hora d'abordar aquesta qüestió, pel tema en si o per l'actitud de les persones grans quan es parlava dels diversos aspectes de l'entrevista. En aquest sentit, cal posar de manifest que alguns dels estudiants no varen formular, per aquestes raons, les preguntes pertinents sobre aquesta tema de la sexualitat.

Tot i que no pretenc fer una anàlisi exhaustiva de les respostes, el meu objectiu és oferir les més significatives i que representin el que la majoria de les persones grans entrevistades varen respondre sobre aquesta qüestió de la sexualitat.

En primer lloc cal assenyalar que, d'una forma o d'una altra, una part important i significativa dels entrevistats no responen o responen de forma molt evasiva aquesta qüestió; parlam, aproximadament, del 25 per cent de les persones entrevistades. La xifra és una mica superior per a les dones, però les diferències no són significatives amb relació als homes. Es tracta, doncs, d'una forma de preservar no només la intimitat de cada un

sinó també la concepció que es té sobre la sexualitat. Algunes de les respostes literals són un reflex del que diem:

- «*No me gusta hablar de estos temas*»
- «*Uy, uy, uy, yo ya no me acuerdo de eso*»
- «*Ai, nina! Jo ja no sé què és això!* »
- «*Ay, que pregunta! No me hables de sexo, niña (risas)*»
- «*És una dona molt respectuosa amb les tendències sexuals, no va voler aprofundir sobre la seva vida més privada*»
- «*Ahh no, no..., jo de sexualitat no et diré res! Mare meva! Trobes que m'has de demanar aquestes coses, nina!?*»

Tot i que es podria donar a conèixer més respostes sobre aquesta qüestió, les que he transcrit són una prova de les que s'han obtingut sobre aquest tema, des del silenci. Cal tenir en compte que, tal com s'ha dit, un nombre important dels entrevistats no varen voler entrar-hi.

En segon lloc cal fer referència a les respostes que relacionen el sexe, o la manca de sexe, amb la situació de viudetat. Es tracta d'un resposta molt clara entre les dones, però també present en els homes. Així, algunes de les respostes ens poden il·lustrar sobre aquesta situació:

- «*Bé qui pugui fer alguna cosa, jo som viudo des de fa 13 anys, així que res de res*»
- «*Si es pot, se segueix fent. En el seu cas, m'explica que fa anys que és viuda i que gairebé ni se'n recorda de les últimes vegades.*»
- «*Amb cara d'“estranyada”, que no acaba de entendre aquesta pregunta, ens respon: “Los chicos de hoy en día solo piensan en pasarlo bien y evitar relaciones serias, y muchos menos mantener una familia. Por lo tanto, una concepción muy diferente a la de mi juventud, ya que solo podía mantener relaciones con la finalidad de tener hijos y no de pasarlo bien. Además, que mi marido falleció hará casi 20 años, y para mi solo existió él. (Li cauen un parell de llàgrimes.)*»
- «*Pues mira como lo percibo, que llevo siete años sola. No he vuelto a tener pareja ni ningún amigo, nada. Prefiero estar sola que mal acompañada (risas). No, no es eso pero prefiero estar sola, no me apetece conocer a nadie y que invada mi vida.*»
- «*La sexualidad en esta persona es un tema que le queda un poco lejos, debido a que ya tiene una cierta edad, según ella. Además, cabe añadir que desde el fallecimiento de su marido no ha vuelto a tener impulsos sexuales ni deseos de restablecer su vida*»

con otro hombre. Así pues, apunta que el tema de sexualidad no es el mismo ahora que en su juventud y dice que lo que hagan los jóvenes está bien hecho, siempre dentro de unos límites.»

És evident que, d'acord amb l'exemple d'aquestes respostes, podem constatar que el fet de la viudetat suposa un punt i a part en la vida d'aquestes persones, no només des de la perspectiva de la sexualitat sinó d'altres aspectes. En aquest sentit, i almenys en funció de les persones grans entrevistades, no constatam diferències entre els homes i les dones. Es tracta, en qualsevol cas, d'una dada que en la realitat es manifesta diferent de forma progressiva, ja que la tendència, sobretot entre els homes que queden viudos, és de tornar a casar-se o tenir una nova parella. Les dones, malgrat que visquin més temps, mantenen la seva condició de viuda. Tanmateix les respostes, el seu contingut, són una demostració d'una generació i d'una forma d'entendre les relacions home/dona.

En tercer lloc resulta interessant, d'acord amb les respostes que s'han obtingut, la relació que fan els entrevistats entre la sexualitat, o la pràctica sexual, i l'edat. Tot i que és evident que l'edat implica diferents formes de veure i de practicar la sexualitat, les respostes són significatives de la forma com l'edat, juntament amb altres circumstàncies personals o de salut, ens dóna un tipus de resposta que cal analitzar. Així, algunes de les respostes donades són un exemple del que he plantejat:

- «Cuando te haces mayor el cuerpo no tiene la misma marcha que cuando eras joven, pero de vez en cuando el cuerpo te lo pide. No se, yo lo veo algo normal. La gente que se escandaliza no lo entiendo, ¿no saben que ellos también algún día serán viejos y también tendrán estas necesidades?»

- «El fet de demanar-li per aquesta temàtica pareix que l'ha incomodat un poc i ens respon el següent, un poc irritat: Esto es cosa de jóvenes. Hace poco perdí a mi mujer y en estas cosas es en lo último que quiero pensar. Hay cosas más importantes en la vida a las cuales hay que atender.»

- «Això és un tema complicat, ja no n'hi ha quan s'arriba a aquesta edat. A veure, no és un tema del qual xerri cada dia, però és natural.»

- «A la meva edat bé, normal, però no sé si diré el mateix quan en tenguí 80.»

- «Aquest tema és molt tabú, sobretot quan et fas vell.»

- «Aunque la pregunta le hizo un poco de gracia, afirma no tener demasiadas relaciones actualmente, pero que ya ha tenido tiempo, en sus 72 años, de hacer todo lo que tenía que hacer.»

- «Genial, ahora tengo más tiempo y menos dolores de cabeza (risas).»
- «Te puedes imaginar..., inexistente. Tengo dolor por todos los huesos, creo que es lo último que me apetece hacer. Tengo a mi mujer al lado que me quiere y respeta, eso para mí es lo más importante.»
- «La verdad es que igual que siempre, no ha variado demasiado. Mi mujer y yo preferimos hacer millones de cosas antes que ya sabes..., hay tantas cosas bonitas que hacer. La sexualidad también es bonita pero cuando te vas haciendo mayor da más pereza (risas).»
- «Heheeh. Després d'aquesta rialla, va deixar clar que no volia parlar gaire del tema i que des de fa temps: "res de res". Tot i això em diu que segurament hi ha moltes persones grans que viuen una sexualitat plena, amb alguna dificultat, però una sexualitat molt maca.»
- «La sexualidad en la tercera edad es complicada, y eso que nosotros aún somos jóvenes, porque nuestro cuerpo no nos permite hacer y llevar a cabo algunas cosas que podíamos hacer en nuestra juventud. Pero a estas edades no hay que abandonar los deseos sexuales de nuestro cuerpo porque, aunque no lo creamos, es un aspecto muy importante para las personas.»
- «Todas estas cosas van pasando con los años, cada vez tienes menos ganas, pero es importante darse una alegría de vez en cuando. Por eso me gustan los bailes de la asociación.»
- «Ya ni me acuerdo de que es eso; creo que cuando llegas a una edad nada es lo mismo, se pierden capacidades.»
- «(Després d'una bona riallada) Sexualitat..., tenc 79 anys, ja no hi pens, amb això, ja fa anys.»
- «El tema de la sexualidad, según ella misma, hace tiempo que lo tiene abandonado. De joven sí que tuvo sus relaciones con algunos chicos, pero no ha tenido nunca una pareja estable ni alguien con quien compartir momentos íntimos, según narra. De este modo, "hace muchos años que no tengo ningún tipo de relación sexual", por lo cual no quiere señalar nada más sobre este tema.»
- «No creo que sea igual que cuando eres joven. Tu cuerpo y tu mentalidad cambian cuando llegas a una determinada edad. Yo por desgracia no puedo contestarte porque hace muchos años que mi marido falleció.»

De l'anàlisi d'aquestes respostes podem deduir que la qüestió de l'edat, des del punt de vista tant de la concepció com de la pràctica sexual, es veu de forma diferent. Des dels que plantegen l'edat com una variable que condiciona, quasi totalment, la pràctica sexual i fins i tot la impossibilita, fins als que veuen que l'edat és un condicionant, però que la sexualitat és quelcom que dura tota la vida d'una forma o d'una altra; en qualsevol cas, el que canvia és la forma tant de concebre-la com de practicar-la. I el més significatiu d'aquesta diversitat de respostes és que afecta tant els homes com les dones, amb un procés de convergència d'idees i de praxis.

En quart lloc, resulta necessari conèixer les diferents concepcions que sobre la sexualitat plantegen les persones entrevistades; tot i que de les respostes anteriors ja es desprenen distints enfoc, cal fer una passa més i analitzar la forma com es concep, tant teòricament com en la realitat, la pràctica de la sexualitat. Des d'aquesta perspectiva les respostes dels entrevistats presenten aquests trets més importants i significatius:

- *«Tot i això, sí que parlem sobre l'afecte i la relació que té amb la seva parella. M'explica que no s'abracen gaire ni tampoc es fan petons, només per l'aniversari.»*

- *«Todos tenemos necesidades y a todas las edades, también las sexuales, ¡que te voy a decir con una mujer que es 36 años menor que yo! Creo que es una parte más de la vida que hay que disfrutar, siempre que la mujer te deje, siempre mandan ellas aunque no lo queramos admitir, pero se intenta siempre que se puede. Alegra la vida, porque no hacerlo —y todos aquellos que piensan que es una cuestión de jóvenes, que ya somos mayores para hacerlo...— no saben disfrutar de lo bueno.»*

- *«Bé, no sé què dir-te! És un tema una mica complicat. (No li agrada molt parlar d'aquest tema, tot i que afirma que li agrada molt el sexe amb la seva dona. És conscient de la imatge que tenen les persones grans amb relació a aquest tema, però també sap que és totalment natural que el seu desig sexual encara estigui actiu.»*

- *«Reconoce que le gusta el sexo, pero sobre todo que le den cariño. Cuenta que en determinadas edades ya no prima tanto el sexo, sino el saber que hay alguien ahí.»*

- *«Sobre el tema de la sexualidad, piensa que los jóvenes, aunque no deben pasarse, lo viven de una forma más natural que como se hacía en épocas anteriores. Hace tiempo, la sexualidad era concebida como algo malo y que solo se debía llevar a cabo después del matrimonio; en cambio ahora, hay más libertad sobre este tema, pero siempre tiene que haber precaución y sentido común.»*

- *«Mmmm... M'agradaria només comentar que, en aquesta temàtica, en la societat actual, caldria canviar la concepció que es té.»*

- «Home... La freqüència no és la mateixa de quan era jove, però és un tema important, ja que actualment nosaltres ho seguim practicant, malgrat les dificultats causades pel pas del temps, ja que pens que s'ha de seguir practicant, perquè el sexe forma part del nostre ésser.»

- «Res. (M'explica que la relació amb el seu marit és poc afectuosa, i que després de tants anys no cal demostrar res. Riu. Em comenta que si es fan alguna besada és perquè fan broma.)

- «Creo que la sexualidad es una cosa que las personas no deberían perderse nunca; así que creo que una persona mayor y una persona joven pueden disfrutar del mismo modo de las relaciones; es la cosa más natural del mundo.»

- «No en parla molt, però deixa entreveure que, tot i que la varen educar d'una manera catòlica, va ésser amb el seu home quan va descobrir que allò no era dolent.»

- «No opina, ya que le resulta un poc agresivo hablar de sexo. En su familia siempre ha habido un tabú referente a la sexualidad. Ella cuenta que quizás en la época en la que nació no estaba bien visto hablar de ello. En cualquier caso, desde que su marido está enfermo, no tiene esta posibilidad.»

- «És un tema més íntim, però no sé, crec que amb el temps no tens l'eufòria o les mateixes expectatives que quan eres jove. La concepció de manera natural, normal.»

- «La sexualidad la ve como algo bonito, pero no quiso entrar en detalles.»

- «En estas edades, según la persona entrevistada, es más importante el cariño, el afecto y la compañía del marido o de la pareja que los propios aspectos sexuales.»

- «Pel que fa a la sexualitat, ella creu que les "dones han d'estar amb homes i no dones amb dones ni homes amb homes". Pensa que les parelles s'han de casar per poder viure junts i que no hi pot haver matrimonis homosexuals. Els respecta però no hi està d'acord; no té un bon concepte d'ells.»

De l'anàlisi d'aquestes respostes podem plantejar una sèrie de reflexions: la primera és la diversitat de les respostes, de les concepcions i de la pràctica sexual. I aquest és un fet important i significatiu no només de l'evolució del col·lectiu de les persones grans, sinó també de la manera com la sexualitat ha anat canviant amb el canvi de temps i la pèrdua progressiva de la influència de l'Església.

La segona de les reflexions és el canvi de concepció de la sexualitat amb els canvis d'edat;

en aquest sentit es passa d'una concepció més fonamentada en la genitalitat a una concepció més fonamentada en l'afecte.

La tercera de les reflexions —tot i que no era una qüestió plantejada a l'entrevista— és el rebuig que es deriva de les relacions homosexuals, entre homes o entre dones. La concepció del matrimoni és la tradicional.

La quarta de les reflexions és la tendència que es deriva de les respostes sobre la concepció de la sexualitat des d'una perspectiva positiva, de gaudir, d'obtenir plaer, de ser quelcom necessari i bell.

La cinquena de les reflexions, que consider fonamental, és, sense cap dubte, que les diferències entre homes i dones sobre aquesta concepció van disminuint. I aquest és un fet que cal assenyalar com a molt important i significatiu

4. Conclusions

Tot i que al llarg del present article ja s'han plantejat una sèrie de conclusions parcials, en aquest apartat voldria fer una sèrie de conclusions finals que puguin servir com a base no només per fer noves i profundes investigacions sobre el tema, sinó també per comprendre la qüestió de la sexualitat en una etapa com la de les persones grans; una etapa cada vegada més important, no només des de la perspectiva demogràfica sinó també des de la perspectiva econòmica, política, social, cultural i psicològica.

Així, en primer lloc, cal posar de manifest la necessitat de tenir més coneixements, no només sobre la qüestió de la sexualitat de les persones grans sinó també sobre tot allò que caracteritza aquest col·lectiu cada vegada més plural i més heterogeni. En aquest sentit és important fer investigacions que puguin aprofundir sobre la realitat de la sexualitat en les persones grans.

En segon lloc és necessari començar a tractar la qüestió de la sexualitat en les persones grans de forma natural, de forma normal. Cal foragitar els prejudicis existents no només en la societat sinó també entre les persones grans sobre aquesta qüestió. La visibilitat del col·lectiu de la gent gran ha de dur implícita la visibilitat de la qüestió sexual, des de la normalitat. I això només es pot fer des del coneixement i rompent amb la visió negativa de la sexualitat en aquestes edats.

En tercer lloc és important que des dels serveis de salut, des dels serveis socials, des dels mitjans de comunicació social, la qüestió de la sexualitat sigui tractada amb un doble objectiu: d'una part, tractar el tema des de la naturalitat i la normalitat, i d'altra banda,

dur a terme un procés d'educació i d'informació sexual que rompi barreres, que doni les informacions adequades i que faciliti viure aquest aspecte sense prejudicis. Pel que fa a aquesta qüestió, és interessant tenir en compte les aportacions realitzades per F. López i J. C. Olazábal (1998) sobre la sexualitat de les persones grans des d'una perspectiva de les actituds i de l'educació.

I finalment cal posar de manifest que el col·lectiu de persones grans, també en aquest aspecte, reflecteix una diversitat i una pluralitat creixent, que cada vegada es manifestarà amb més força, amb més claredat.

Referències bibliogràfiques

AA VV (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento* (253-270). Madrid: IMSERSO.

Berzosa, G. (2009). Hacia una nueva cultura del envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente. A AA VV (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento* (253-270). Madrid: IMSERSO.

Charles, S. T. i Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. A Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Ferrer, J. (2012). La sexualitat en l'adult gran. *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2012*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).

García, José Luis (2005). La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 41. Disponible a: <http://www.immersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>

López, F. i Olazábal, J. C. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.

Márquez-González, María (2008). Emociones y envejecimiento. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 84. Lecciones de Gerontología, XVI. Disponible a: <http://www.immersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquezemociones-01.pdf>

Schaie, K. W. i Lawton, M. P. (Eds.) (1997). *Annual review of gerontology and geriatrics, vol. 17: Focus on emotion and adult development*. New York, US: Springer.

* Aquest article es basa en el treball que fou proposat, plantejat, supervisat i coordinat, tant pel que fa al contingut i enfoc com a la metodologia, pel professor de l'assignatura i autor del present article, i fou executat pels estudiants de l'assignatura Gerontologia Educativa el curs 2013-14, i en qualsevol cas es tracta d'un article el responsable final del qual és el professor de l'assignatura.

Autor

MARTÍ X. MARCH CERDÀ

Pollença, 1954. Llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. Catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i en pedagogia social en els seus diversos àmbits, sobre els quals té diverses publicacions, comunicacions i ponències en congressos, etc. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys i director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears (1999-2003). Ha estat director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i actualment és vicepresident de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social. Fins al curs 2010-11 va ser vicerector primer, de Planificació i Coordinació Universitària, de la UIB. És director de l'*Anuari de l'educació de les Illes Balears*. Imparteix l'assignatura Gerontologia Educativa en el grau d'Educació Social de la UIB.

**LA COMPRENSIÓ COM A
COMPETÈNCIA D'APRENTATGE.
NIVELL DE COMPRENSIÓ DELS
ALUMNES UNIVERSITARIS GRANS**

La comprensió com a competència d'aprenentatge. Nivell de comprensió dels alumnes universitaris grans

Liberto Macías González

M^a Belén Pascual Barrio

Margalida Vives Barceló

Resum

D'acord amb el valor que té l'educació al llarg de tota la vida, els programes intergeneracionals comporten efectes tan positius com la participació i la visibilitat de les persones grans com a col·lectiu actiu, amb coneixements vàlids i amb una importància elevada dins les nostres societats.

Centrant-nos en l'alumnat de la UOM (Universitat Oberta per a Majors), amb el nostre treball ens aproximam concretament al seu nivell de comprensió lectora, tot incidint en la influència de les relacions familiars intergeneracionals. Partim d'una consideració de la comprensió lligada directament al context de l'alumne i a la seva experiència prèvia, un dels seus principals potencials en el cas de l'alumnat més gran. Les dades analitzades s'han recollit a través de dues proves de comprensió a partir de preguntes de resposta tancada relacionades amb dos textos, un de caire general i un sobre la temàtica de les drogodependències. Amb els resultats obtinguts podem afirmar que el nivell de comprensió de les persones avaluades és mitjà-alt, que la lliçó sobre drogodependències no presenta dificultats quant a la comprensió del text i que és possible dur a terme una investigació amb alumnes universitaris sèniors com a informadors qualificats, tant pel contacte que tenen amb nins de 6 a 12 anys dins la seva família i dins el seu entorn com pel nivell de comprensió que presenten dels textos proposats.

Resumen

De acuerdo con el valor que tiene la educación a lo largo de toda la vida, los programas intergeneracionales conllevan efectos tan positivos como la participación y la visibilidad de las personas mayores como colectivo activo, con conocimientos válidos y con una importancia elevada en nuestras sociedades.

Centrándonos en el alumnado de la UOM (Universitat Oberta per a Majors), con nuestro trabajo nos acercamos concretamente a su nivel de comprensión lectora, incidiendo en la influencia de las relaciones familiares intergeneracionales. Partimos de una consideración de la comprensión ligada directamente al contexto del alumno y a su experiencia previa, uno de sus principales potenciales en el caso del alumnado mayor. Los datos analizados se han recogido a través de dos pruebas de comprensión a partir de preguntas de respuesta cerrada relacionadas con dos textos, uno de carácter general y otro sobre la temática de las drogodependencias.

Con los resultados obtenidos podemos afirmar que el nivel de comprensión de las personas evaluadas es medio-alto, que la lección sobre drogodependencias no presenta dificultades en cuanto a la comprensión del texto y que es posible llevar a cabo una investigación con

alumnos universitarios seniors como informadores cualificados, tanto por el contacto que tienen con niños de 6 a 12 años dentro de su familia y en su entorno como por el nivel de comprensión que presentan los textos propuestos.

1. Introducció. L'educació al llarg de tota la vida i relacions intergeneracionals

La Comissió Internacional sobre Educació al segle XXI, dirigida per Jacques Delors, considera l'educació ja no sols com a mitjà de desenvolupament, sinó també com a element constitutiu del desenvolupament humà i una de les seves finalitats essencials. Des d'aquesta perspectiva, el procés de desenvolupament ha de permetre desvetllar tot el potencial de l'ésser humà, garantint la preservació del medi per a generacions futures i considerant l'ésser humà com a primer protagonista i destinatari últim d'aquest procés (Delors, 1996).

Més enllà d'una concepció utilitarista de l'educació, l'educació no serveix únicament per proveir el mercat laboral de persones qualificades i, per tant, no es dirigeix a l'ésser humà com a agent econòmic, sinó com a finalitat del desenvolupament. La definició de les necessitats bàsiques d'aprenentatge inclou totes les «eines essencials per a l'aprenentatge (lectura, escriptura, càlcul, resolució de problemes), així com els seus continguts bàsics (coneixements teòrics i pràctics, valors i actituds) necessaris perquè els éssers humans puguin sobreviure, desenvolupar plenament les seves capacitats, viure i treballar amb dignitat, participar plenament en el desenvolupament, millorar la qualitat de vida, prendre decisions fonamentades i continuar aprenent» (Delors, 1996, p. 134).

Aquesta finalitat fonamentalment humanista suposa el principi o exigència d'equitat que ha de guiar tota política educativa i de respecte al medi ambient i a la diversitat cultural. En concret, les funcions que s'atribueixen a l'educació són:

- Aconseguir que la humanitat pugui dirigir totalment el seu propi desenvolupament.
- Permetre que cada persona es responsabilitzi del seu destí.
- Aconseguir la participació responsable de les persones i les comunitats.
- Dotar de responsabilitat les persones respecte a les accions que pren.
- Realitzar plenament els talents i les aptituds que cada persona posseeix.

Per a la consecució d'aquests objectius es considera imprescindible facilitar formació bàsica a tota la població. Aquesta es converteix, així, en condició prèvia o estratègia per al desenvolupament humà i la ciutadania, ja que permetrà a les persones comprendre's millor a si mateixes, entendre els altres i participar en la vida en societat. Tot i que en l'àmbit teòric s'ha arribat a un consens sobre el lloc que ocupa l'educació com a

alternativa per a la millora de la qualitat de vida, és un repte complex que resulta difícil de dur a la pràctica.

Les relacions intergeneracionals promouen la participació social i l'envelliment actiu i tenen un efecte directe sobre la salut i la qualitat de vida de les persones grans. Els principals beneficis són el foment de la participació activa i la visibilitat social; l'augment de la seva vitalitat, l'autoestima, la motivació; la millora de la seva capacitat de fer front a malalties i de desenvolupar vincles d'amistat i relacions socials en general (IMSESO, 2009; ONU, 2002; Pascual i Gomila, 2013, Macías, Orte i March, 2012). Tot i que els espais relacionals entre les generacions han anat perdent l'entitat que tenien en la societat tradicional, els projectes intergeneracionals suposen una oportunitat per recuperar, construir o mantenir aquests vincles (EAGLE, 2008). Hatton i Ohsako (2001) destaquen la contribució dels programes intergeneracionals sobre l'aprenentatge al llarg de tota la vida a través de l'intercanvi d'experiències educatives.

2. Els programes universitaris per a gent gran. L'experiència de la Universitat Oberta per a Majors

Els programes universitaris per a gent gran (PUM), seguint una estructura i una denominació comuna i tal com funcionen en l'actualitat, van aparèixer a Espanya en la dècada dels anys noranta. Per revisar-ne els antecedents haurem de remuntar-nos a l'any 1973, quan el professor francès de Dret Internacional Pierre Vellas creà la Université du Troisième Âge (Universitat de la Tercera Edat). El professor Vellas estudiava temes relacionats amb les residències de persones grans i va poder constatar que en els mesos d'estiu les entrades de gent gran al centre augmentaven, encara que la persona gran fos autosuficient, aspecte que li va cridar molt l'atenció i va fer un estudi comparatiu, el qual va desencadenar el disseny d'una escola d'estiu per a persones jubilades, amb un programa de conferències, concerts, visites guiades i altres activitats culturals. Tal va ser l'èxit aconseguit i l'interès manifest dels estudiants, que es va imposar el disseny d'un programa de cursos impartits per professorat universitari al campus durant el curs acadèmic següent (Orte i Vives, 2006; AEPUM, 2012).

L'any 1978, a Espanya, seguint el model del professor Vellas, es posaren en funcionament les anomenades Aules de la Tercera Edat perquè el Ministeri d'Educació espanyol no va permetre anomenar-les Universitats, encara que, després de la seva bona acceptació social, el 1980 el Ministeri de Cultura va regular les Aules de la Tercera Edat com una xarxa de centres coordinats pel mateix ministeri. D'altra banda, és en aquesta mateixa dècada que es recuperen a Espanya les Universitats Populares creades a principis del segle XX i que es van tancar després de la Segona República. L'any 1982 comencen a funcionar les Aules de Formació Permanent per a la Gent Gran de Catalunya (AFOPA), que desenvolupaven programes educatius, prioritàriament conferències, sota la tutela de diferents universitats

catalanes (Orte, Macías i Vives, 2008). A principis de la dècada dels noranta comença a Espanya una nova proposta, obrir la universitat a les persones grans sense crear centres diferents. Es tracta de projectes educatvoculturals dirigits a la població gran, sota l'auspici de la universitat i el suport d'institucions nacionals i autonòmiques de tipus social i, en alguns casos, com ara a les Illes Balears, de tipus educatiu (Orte i March, 2006). La denominació «programes universitaris per a gent gran» (PUM) va ser consensuada pels representants d'aquests tipus de programes. Aquests programes comencen de manera sistematitzada a partir del curs acadèmic 1993-1994 i el mes de novembre de l'any 1996, a Granada, s'organitza la primera trobada de PUM d'àmbit nacional (Orte i March, 2003).

Els PUM, com hem dit anteriorment, es desenvolupen des de fa més de vint anys en gairebé la totalitat de les universitats espanyoles, tant públiques com privades. Mitjançant aquests programes s'intenta contribuir a un envelliment actiu, competent, i a la millora de la qualitat de vida de les persones grans que hi participen. Aquesta qualitat de vida, aquesta cerca d'un envelliment positiu, d'un envelliment amb saviesa, s'ha de complementar amb un domini d'altres habilitats, no menys importants, com les comunicatives, tecnològiques i de relació amb els seus iguals i amb altres generacions. Un dels objectius principals dels PUM és possibilitar als seus participants l'adaptació als canvis que es produeixen en la societat actual, o almenys facilitar-los o fer-los accessibles les eines necessàries per a aquesta adaptació. Aquest objectiu prioritari pot ser un dels motius pels quals bona part de les programacions acadèmiques dels plans d'estudis d'aquests programes inclouen continguts vinculats a l'aprenentatge de les habilitats i destreses que permeten aconseguir-les.

La Universitat de les Illes Balears (UIB) no és una excepció, ans al contrari, ja que varen ser dos professors de la Facultat de Ciències de l'Educació els qui varen dissenyar, l'any 1997, el que es coneix com a Universitat Oberta per a Majors (UOM). La UOM està composta per diferents programes desenvolupats en tot el territori geogràfic de les Illes Balears (Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera). En el curs acadèmic 1998-1999 es va iniciar el programa al campus universitari, amb 32 alumnes. Des d'aquest moment s'ha anat ampliant el programa als pobles de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera i, d'aquesta manera, s'ha aconseguit elaborar un projecte universitari per a persones grans, proper, adequat al territori i a l'alumnat en totes i en cadascuna de les illes. La UOM ja és un projecte consolidat i d'àmplia repercussió social, sobretot entre les persones més grans de 50 anys. Per aquest motiu, la nostra intenció és anar millorant en la qualitat de les programacions i anar adaptant els programes a aquesta situació canviant, tant de la societat com del nostre col·lectiu de referència, sempre amb la intenció de donar visibilitat a les persones grans de la nostra comunitat i afavorir un envelliment actiu i positiu. Un dels aspectes més importants de l'èxit obtingut pel conjunt de programes que durant més d'una dècada ha ofert la UOM és la seva capacitat de donar resposta als interessos de l'alumnat en el context de la UIB i

d'adaptar-se als canvis socials, culturals, tecnològics, etc. que s'han produït en el si de la societat actual (Macías, Orte i Fernández, 2011).

En aquest cas, per fer aquest estudi, ens hem basat en el programa que es desenvolupa al campus universitari. El Diploma Sènior¹ de la UOM és un títol propi de grau de la UIB, de 500 hores de durada. Està compost per tres cursos de 160 hores cadascun, més 20 hores obligatòries, que es destinen a la realització del projecte final de diploma, que els alumnes han de fer en el tercer curs per obtenir el títol o certificació corresponent. Cadascun dels cursos està compost per assignatures de tots els àmbits de coneixement que es poden cursar a la UIB. Les assignatures que els alumnes han d'anar fent es divideixen en: obligatòries, optatives i activitats complementàries. En arribar a l'últim curs, els alumnes han d'escollir entre fer un projecte de recerca etnogràfica mitjançant la tècnica de les històries de vida, adequat per a aquells alumnes que tinguin interessos en la recerca i el desenvolupament de les seves capacitats i habilitats en aquest àmbit, o involucrar-se en un projecte de voluntariat, que pot ser tant de l'àmbit social com de l'àmbit educatiu i cultural, adequat per a aquelles persones amb uns interessos personals cap als temes solidaris i vulguin ampliar-ne el coneixement, o que no els coneguin i vulguin introduir-se en aquest camp.

Com es pot comprovar, l'educació permanent avui dia és una realitat, un dret i una necessitat, sobretot si tenim en compte que, com assenyalen Orte i March (2006), la vellesa és una nova realitat sociològica que necessita polítiques específiques, en les quals l'educació juga un paper cada vegada més important. Diverses recerques evidencien la importància de continuar elaborant estudis en el camp de la gerontologia i l'educació per possibilitar una adaptació més bona de les persones grans als canvis generats, i als que s'aniran generant, en la societat. Tot això ha de tenir repercussions en el disseny de les programacions acadèmiques dels PUM, de cara a millorar, en definitiva, la qualitat de vida de la nostra gent gran.

Els programes intergeneracionals a través de la Universitat Oberta per a Majors

La UOM, des de la perspectiva del foment d'un envelliment actiu i interessant-se per apostar per un projecte educatiu i intergeneracional, ha possibilitat que els alumnes grans i els estudiants més joves comparteixin un mateix espai educatiu que permeti unir els interessos de tots dos grups fomentant l'aprenentatge i les relacions entre si, seguint la senda marcada per l'Organització de les Nacions Unides el 1995 en relació amb una societat per a totes les edats. També cal indicar que en l'Assemblea General de Nacions Unides de 2000 i en la II Assemblea Mundial sobre l'Envel·liment, de 2002, es va aprofundir el concepte de les relacions intergeneracionals donant una importància

¹ uom.uib.cat

significativa a aquest tipus d'activitats, a causa dels beneficis recíprocs que aporta als col·lectius participants, ja siguin nens i grans, joves i grans o adults i grans (Orte, March, Macías, Vives i Sánchez, 2012).

És en aquest marc que vàrem dur a terme l'experiència intergeneracional amb l'alumnat que estava matriculat a la UOM, en el programa del campus universitari, en el cas de Mallorca, i a les seus universitàries de Menorca i d'Eivissa i Formentera, en el cas de les altres illes, i amb l'alumnat de les escoles d'infantil, primària i secundària dels diferents municipis.

A què ens referim quan diem experiència intergeneracional? Com afirmen els autors Newman i Sánchez (2007) 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 diferents generacions. Els autors anteriors destaquen el fet que per aconseguir que es produeixin aquestes relacions «no és suficient 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» (Macías, Alzina i Tur, 2010).

Els programes i experiències intergeneracionals s'han dut a terme i se segueixen duent a terme per tot el món i amb tot tipus de col·lectius. Segons els criteris que van seguir els autors Sánchez i Díaz (2005) per poder classificar els diferents programes intergeneracionals que es van iniciar a Espanya, es poden classificar en quatre tipus:

1. Els adults grans fan de tutors o mentors dels nins i els joves, per donar suport i orientar les generacions més joves.
2. Els nens i els joves interaccionen amb els grans, els fan visites, acompanyaments i duen a terme tasques que els grans no poden fer en un moment determinat.
3. Els grans col·laboren amb els nins i els joves per desenvolupar activitats que tenen un benefici per a la comunitat.
4. Els grans, joves i nins participen junts en activitats informals de qualsevol àmbit, és a dir, d'aprenentatge, d'oci, d'esport, entre altres (Macías, Orte i March, 2012).

Actualment, l'alumnat de la UOM participa en programes intergeneracionals impulsats pel GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social). Un d'aquests programes és el projecte intergeneracional Sharing Childhood —Compartint la Infància—, una iniciativa en la qual també participen tres centres educatius de Palma. Un altre d'aquests programes és un projecte que pretén l'obertura del Programa de Competència Familiar (PCF) a la participació dels padrins. A través d'informadors qualificats s'analitza la viabilitat d'adaptar

aquest programa basat en la relació fills-pares a un programa que inclogui les relacions de tres generacions, padrins, pares i néts.

3. El nivell de comprensió en estudiants sèniors universitaris

Antecedents

La comprensió pot ser definida com el «procés a través del qual el lector elabora un significat en la seva interacció amb el text». Des d'aquesta perspectiva dinàmica no té cabuda una concepció unidireccional de la comprensió d'acord amb la qualitat del text i la competència del lector. Les experiències prèvies acumulades pel lector formen part del procés de descodificació de les frases, paraules i idees de l'autor (Pérez Zorrilla, 2005). En aquest sentit, com més coneixements previs tingui el lector, més grans són el coneixement del significat de les paraules i la capacitat per predir i elaborar inferències durant la lectura i, per tant, més gran és la seva capacitat per construir models adequats del significat del text (Feeley, Werner i Willing, 1985; Bruner, 1990; Binkley i Linnakylä, 1997, citats a Pérez Zorrilla, 2005).

És destacable «la importància que la investigació concedeix al coneixement o l'experiència previs (*background knowledge*) del lector quan es parla de comprensió lectora» (Pérez Zorrilla, 2005, p. 122), més enllà de les estratègies de raonament o d'autocontrol. De Miguel (1999, p. 57) afirma que la competència lectora és en gran mesura el resultat dels coneixements previs sobre el món i sobre el discurs escrit: accions humanes, esdeveniments físics, objectes i localitzacions, raonament deductiu, vocabulari, característiques i estructura dels textos, etc.

D'altra banda, en bona mesura les dificultats en la comprensió lectora tenen l'origen en el text. Kintsch i Yarbrough, 1982; Meyer, 1984; Lorch et al., 1985; De Vega i col., 1990 (citats a De Miquel, 1999) afirmen que una estructura anòmala del discurs repercuteix negativament en la seva comprensió.

D'acord amb les estratègies seguides pels bons lectors —fixar el propòsit de la lectura, monitorar-ne la comprensió, relacionar el contingut de la lectura amb el coneixement previ i utilitzar una varietat d'estratègies de comprensió—, podem entendre la importància d'ensenyar estratègies per a la millora de la comprensió lectora (Denton et al., 2007; Pressley, 2006; Biancarosa i Snow, 2004; Kamil, 2003; NASBE, 2006, citats a Gómez-López, 2012).

Ripoll i Aguado (2014) fan una metaanàlisi sobre la millora de la comprensió lectora i apunten la manca de divulgació d'estratègies, programes i mètodes d'intervenció que hagin estat eficaços per a la seva millora. Afirmen que, a diferència de països anglosaxons, especialment

els Estats Units,² no hi ha cap organisme que revisi l'eficàcia dels mètodes per a la millora de la comprensió lectora ni l'ús de mètodes educatius basats en els resultats de la investigació, és a dir, pràctica d'estratègies de comprensió lectora basada en evidències. L'informe del National Reading Panel (NRP, 2000), dels Estats Units, recull els principals mètodes de millora de la comprensió lectora amb una base científica molt sòlida: supervisió de la mateixa comprensió, aprenentatge cooperatiu, organitzadors gràfics, instrucció sobre l'estructura i el contingut dels textos narratius, resposta a preguntes, generació de preguntes i resum (Ripoll i Aguado, 2014, p. 28).

En relació amb les possibles estratègies de millora de la comprensió, Rueda (2013) apunta la manca d'estudis sobre les necessitats i dificultats que tenen els adults (pares i professorat) que conviuen i treballen diàriament amb els alumnes amb dificultats en lectoescriptura. Es tractaria de conèixer el grau d'informació que tenen sobre la problemàtica, com es viu la dificultat, les expectatives i definir el tipus de suport necessari. Tradicionalment, l'atenció a les dificultats en lectura han estat tractades tradicionalment centrant l'atenció en l'alumne i les seves dificultats. Adoptant una perspectiva multidimensional, podem afrontar la intervenció sobre les dificultats en lectoescriptura incloent-hi l'alumne, els pares i els professors (Rueda, 2013, p. 27).

En relació amb tot el que hem exposat, des de la nostra experiència ens plantejem diferents qüestions:

- Si la pràctica educativa per a la millora de la comprensió lectora basada en l'evidència és escassa, encara ho és més quan ens referim a l'alumnat adult.
- Si l'adopció d'una estratègia multidimensional (alumnes, pares i professors) pot ser un element de millora de la comprensió lectora dels infants, els programes de formació intergeneracional poden ser un espai experimental per a l'aplicació d'accions educatives que incloguin la comprensió lectora com a objecte d'intervenció i investigació.

Objectius

Partim d'una consideració de la comprensió lligada directament al context de l'alumne i a la seva experiència prèvia, un dels seus principals potencials en el cas de l'alumnat més gran. Amb el nostre treball volem aproximar-nos concretament a la relació que hi ha entre la comprensió lectora en general i de la temàtica de les drogues en particular, tot incidint en la influència de les relacions familiars intergeneracionals. També volem detectar possibles dificultats del contingut i l'estructura del text utilitzat.

² En aquests països hi ha institucions com What Works Clearinghouse, Best Evidence Encyclopedia i Promising Practices Network, que revisen i analitzen la investigació sobre programes educatius per fer recomanacions sobre els mètodes més eficaços.

Instruments

S'han utilitzat mesures «de producte», textos curts seguits de preguntes relacionades i de resposta tancada. Tot i que no valorem el procés seguit pel lector durant la lectura (una proposta metodològica més innovadora), en el cas del nostre estudi, aquesta estratègia ha estat una estratègia efectiva d'aproximació a la realitat, d'acord amb els objectius plantejats.

Es feren dues proves de comprensió. Una és l'emprada pel Dr. Bassa (1998) amb alumnat que s'incorpora al món universitari (qüestionari 1) i l'altra és un qüestionari de comprensió lectora del text de la lliçó número 8 del Programa de Competència Familiar (Kumpfer, Demarsh i Child, 1989), on es parla de les drogues. Ambdues tenen un total de 10 preguntes a respondre després de la lectura del text. Completarem l'estudi amb una fitxa introductòria sobre les variables sociodemogràfiques i els possibles contactes amb menors, especialment si tenien relació amb nins de 6 a 12 anys o no.

4. Anàlisi dels resultats

Descripció de la mostra

La mostra del nostre estudi està formada per un total de 22 alumnes, distribuïts en primer, segon i tercer curs del Diploma Sènior de la UOM. Com es pot veure a la taula 1, la mostra, generalment, correspon amb el perfil de l'alumnat del Diploma Sènior de la UOM. A més, la mitjana d'edat era de 65,76 anys; un 59,1% de la mostra seleccionada tenia entre 60 i 69 anys. La majoria d'alumnes de la mostra seleccionada pertany a alguna associació, majoritàriament de veïnats (27,3%).

Taula 1 | *Comparació del perfil sociodemogràfic de l'alumnat del Diploma Sènior versus mostra*

	Alumnat del Diploma Sènior	Mostra
Dona	66,75%	68,2%
Casat/ada	60,3%	50%
Nascut/uda a Mallorca	68,70%	68,2%
Estudis primaris	31,85%	45,5%
Jubilat/ada	71,4%	59,1%

Quant a la composició familiar, un 90,9% tenen fills; quasi la meitat (45,5%), dos fills; un 18,2% en tenen quatre; tres persones (13,6%) en tenen un, dues (9,1%) tenen tres fills, i una de les persones que configura la mostra té sis o més fills (4,5%).

Tal com hem dit, el segon qüestionari està extret de l'adaptació cultural del Strengthening Families Program (Kumpfer, Demarsh i Child, 1989) Programa de Competència Familiar 6-12 (PCF). Tenint present aquestes dades, demanarem el nombre de néts que tenen, el nombre de néts de 6 a 12 anys que tenen i si tenen relació amb altres nins de 6 a 12 anys. Un 37,5% tenen dos néts, un 18,8% en tenen tres; un 12,5% tenen quatre, cinc, sis o més néts. Sols un 6,3% tenen un sol nét. Quan es concreta l'edat de 6 a 12 anys, un 36,4% dels que contestaren tenen dos néts en aquesta edat, mentre que un 27,3% en tenen sols un i un 9,1% en tenen tres d'aquesta edat. No obstant això, sent conscients que pot ser que no sols es relacionin amb els seus néts, en demanar-los el nombre de nins d'entre 6 a 12 anys amb els quals tenen relació, la majoria (33,3%) responen que tenen relació amb sis o més nins. Aquests solen ser també de la família (38,5%), d'alguna amiatat (23,1%) o d'algun veïnat (7,7%).

Anàlisi del nivell de comprensió lectora en les dues proves

Abans de descriure els resultats obtinguts en les dues proves de comprensió, val a dir que un 50% de la mostra empen majoritàriament el català com a llengua vehicular, mentre un 36,4% empen majoritàriament el castellà. Cal dir que les dues proves es passaren en castellà.

Les dues proves contenen un total de 10 preguntes a respondre un cop llegit el text. La taula 2 recull els estadístics descriptius de les dues proves:

Taula 2 | *Estadístics descriptius*

	Mitjana	Desv. típica	Variància	Mínim	Màxim
Prova 1	5,136	1,699	2,885	2	8
Prova 2	9,136	1,246	1,552	5	10

Val a dir que es varen crear dues variables noves en funció del nombre de respostes correctes. En aquest sentit, un nivell de comprensió baix representa de 0 a 3 preguntes correctes (sobre 10), un nivell mitjà correspondria a qui ha respost entre 4 i 7 preguntes (de 10) de manera correcta, mentre que un nivell alt correspon a aquells estudiants que han respost de manera correcta 8, 9 o les 10 preguntes plantejades. Com ja es pot veure en la taula 2, els nivells més alts de comprensió s'han produït en el qüestionari 2, que tracta del tema de les drogues, tal com mostra la taula 3.

Els resultats obtinguts mostren nivells alts de comprensió, especialment en el qüestionari 2. Per aquest motiu, en comprovar si existeixen relacions significatives entre els nivells de comprensió dels dos qüestionaris i les variables analitzades en el perfil sociodemogràfic,

sols es mostra una relació significativa del qüestionari 1 amb la variable que descriu la forma de convivència ($p = 0,002$), en què els que viuen sols són els que obtenen més puntuació de comprensió mitjana en aquest qüestionari. En comparar les mitjanes del nivell de comprensió de les proves del qüestionari 1 amb les del qüestionari 2, podem observar que hi ha una relació significativa.

Taula 3 | *Nivells de comprensió segons prova*

	Nivell baix		Nivell mitjà		Nivell alt	
	N	%	N	%	N	%
Prova 1	4	18,2%	17	77,3%	1	4,5%
Prova 2	-	-	1	4,5%	21	95,5%

Taula 4 | *Prova de mostres relacionades*

	Diferències relacionades				t	gl	Sig. (bila-teral)	
	Mitjana	Desviació tip.	Error tip. de la mitjana	95% interval de confiança per a la diferència				
				Inferior	Superior			
Nivell de compr. qüestionari 1	-1,09091	,52636	,11222	-1,32428	-,85753	-9,721	21	,000
Nivell de compr. qüestionari 2								

Comprèn igual els dos qüestionaris qui té relació amb un menor de 6 a 12 anys?

De la mostra, 13 dels 22 enquestats tenen relació amb almenys un menor de 6 a 12 anys. Tal com hem dit, no es troben relacions significatives entre el fet de tenir contacte amb un menor de 6 a 12 anys i el nivell de comprensió de les dues proves. No obstant això, presentem els percentatges dels nivells de comprensió (baix, mitjà i alt) de cada prova segons si els enquestats tenen contacte o no amb menors de 6 a 12 anys. Pel que fa al primer qüestionari, totes les persones que no tenen relació amb un menor de 6 a 12 anys han obtingut una qualificació catalogada com a nivell mitjà (de 4 a 7 respostes correctes), mentre que les persones que hi tenen relació mostren resultats més dispersos. Si bé el nivell de comprensió mitjà continua sent el més freqüent (61,5%), un 30,8% obtenen puntuacions de nivell baix i un 7,7% de nivell alt.

És cert que en el qüestionari sobre drogues, els resultats són, en general, alts. Per aquest motiu, la majoria de respostes se situen en un nivell alt. De fet, sols una persona que no té relació amb cap menor de 6 a 12 anys presenta un nivell de comprensió mitjà.

Taula 5 | *Nivells de comprensió, per qüestionari, segons si es té o no contacte amb menors de 6 a 12 anys*

Q1 (Avaluació de comprensió, Bassa)		NIVELL DE COMPENSIÓ			
		Nivell baix	Nivell mitjà	Nivell alt	TOTAL
Sense relació	N	0	9	0	9
	% dins el nivell de comprensió	0,0%	52,9%	0,0%	40,9%
Amb relació	N	4	8	1	13
	% dins el nivell de comprensió	100,0%	47,1%	100,0%	59,1%
Total	N	4	17	1	22
	% dins el nivell de comprensió	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Q2 (Lliçó 8 sobre drogues, PCF)		Nivell baix	Nivell mitjà	Nivell alt	TOTAL
Sense relació	N		1	8	9
	% dins el nivell de comprensió		100,0%	38,1%	40,9%
Amb relació	N		0	13	13
	% dins el nivell de comprensió		0,0%	61,9%	59,1%
Total	N		1	21	22
	% dins el nivell de comprensió		100,0%	100,0%	100,0%

L'anàlisi comparativa de diferenciació entre grups (ANOVA) no mostra diferències significatives ($p = 0,265$ en el qüestionari 1 i $p = 0,238$ en el qüestionari 2).

5. Conclusions

Al llarg del capítol hem volgut dotar de valor l'educació al llarg de tota la vida, especialment amb la idea recollida per Delors (1996), segons la qual, a més d'aprenentatge en continguts, l'educació permet adquirir competències i habilitats per adaptar-se a la societat, per participar-hi i per prendre decisions tant per a la nostra vida com per al nostre entorn.

Dins aquest gran valor que té l'educació al llarg de tota la vida, hi tenen cabuda els programes intergeneracionals, que, a més de tots els avantatges que comporten, inclouen dos aspectes positius de gran valor: d'una banda, la participació i, de l'altra, la visibilitat de les persones grans com a col·lectiu actiu, amb coneixements vàlids i amb una importància elevada dins les nostres societats. Possiblement aquest és un dels motius pels quals els programes intergeneracionals han augmentat i s'han multiplicat al

llarg dels darrers anys, com a programes independents i també com programes inclosos dins programes educatius al llarg de tota la vida, com han estat, en el cas de la UOM, algunes experiències que es relaten sobre programes intergeneracionals, en què, com afirmen Orte i March (2006), l'educació permanent no sols es converteix en una realitat, sinó també en un dret i una necessitat.

Centrant-nos en la nostra investigació, i amb les dues idees recollides en els paràgrafs anteriors, hem volgut fer un estudi sobre els nivells de comprensió escrita de les persones grans, en concret d'aquelles que participen en un programa universitari per a gent gran. L'objectiu és doble: per una banda, volem aportar una dada que és poc estudiada i relatada quan es parla del perfil sociodemogràfic dels alumnes sèniors universitaris, el seu nivell de comprensió. És cert que diversos estudis reconeixen el seu nivell d'estudis, però no el nivell de comprensió. Pensam que és un element important, sobretot quan la paraula escrita s'emptra de manera constant en els programes universitaris, a través de la recomanació d'algun article, o bé a través d'una exposició dins aula.

Per l'altra banda, i per tant, com a justificació de la utilització del segon qüestionari, volíem avaluar el nivell de comprensió d'una lliçó del Programa de Competència Familiar (PCF). La justificació de la selecció del tema 8 (el programa té 14 sessions) ha estat doble: d'una banda, pel tema en si, el de drogues, i de l'altra, pel fet que, com que el programa té 14 sessions contínues, les lliçons no solen tenir sentit sense el seu context, és a dir, que és necessari haver treballat la sessió prèvia, però el tema 8 es presenta com un tema no vinculat a la sessió anterior, ja que inicia el pas a la segona fase del programa i tanca la primera. La temàtica, a més, ens ajuda a saber què coneixen les persones grans sobre les drogues (a través de diversos comentaris fets en acabar el qüestionari), a augmentar la relació de la comprensió del tema i a derivar-la a les relacions familiars i, al mateix temps, permet als investigadors poder identificar alguna dificultat en el contingut i en l'estructura de la lliçó. Finalment, obre una porta a una possible investigació sobre com, a través d'informadors qualificats i amb un nivell alt de comprensió, es poden adaptar programes de competència familiar basats en la relació fills-pares a programes de competència familiar basats en les relacions de tres generacions: padrins-pares-néts.

Així, amb els resultats obtinguts podem afirmar que el nivell de comprensió de les persones avaluades és mitjà-alt, que la lliçó 8 no presenta dificultats quant a la comprensió del text i que és possible dur a terme una investigació amb alumnes universitaris sèniors com a informadors qualificats, tant pel contacte que tenen amb nins de 6 a 12 anys dins la seva família i dins el seu entorn com pel nivell de comprensió que presenten dels textos proposats.

Referències bibliogràfiques

Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores, AEPUM (2012). *Boletín monográfico del AEPUM*, 1, juliol. Disponible a: http://www.aepumayores.org/sites/default/files/Boletin_Monografico_AEPUM.pdf

Bassa, R. (1998). Prova de comprensió lectora en llengua castellana relacionada amb un text adaptat de F. Lázaro Carreter. *El dardo de la palabra*, 1997.

De Miquel, J. L. (1999). Características de los textos, conocimientos previos y comprensión lectora. *Revista de Psicodidáctica*, 8, 55-72.

Delors, J. et al. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid, Santillana/UNESCO.

EAGLE Consortium (2008). *Intergenerational learning in Europe. Policies, programmes & practical guidance. Socrates. Grundtvig. European Commission*. Disponible a: <http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/final-report.pdf>

Gómez-López, L. F. i Silas-Casillas, J. C. (2012). Desarrollo de la competencia lectora en secundaria. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 5(10), 133-152.

Hatton, A. i Ohsako, T. (eds.) (2001). *Programas intergeneracionales: Política pública e implicaciones de la investigación. Una perspectiva internacional*. Instituto de la UNESCO para la Educación.

IMSERSO (2009). *Ponencia C. Relaciones intergeneracionales*. A II Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Kumpfer, K. L., Demarsh, J. P. i Child, W. (1989). *Strengthening families program: Children's skills training curriculum manual (Prevention Services to Children of Substance-abusing Parents)*. Utah, Social Research Institute, Graduate School of Social Work, University of Utah.

Macías, L., Alzina, P. i Tur, G. (2010). Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències. A C. Orte (dir.), *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*, 351-387. Palma, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Macías, L., Orte, C. i Fernández, C. (2011). *La Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la UIB: un programa educativo y cultural de calidad para los adultos mayores de las Islas*

Baleares. Comunicació presentada en el X Congrés Nacional de Organitzacions de Majors «La Qualitat per Excel·lència», 12-14 de abril de 2011. Albacete, CEOMA.

Macías, L., Orte., C. i March, M. X. (2012). Programes universitaris per majors i relacions intergeneracionals. La experiència d'un programa. A A. Jiménez i C. Palmero (coords.), *Programas Universitarios para Mayores*. Revista *Memorialidades*, 17, 431-474. Brasil, Universidade Estadual de Santa Cruz.

Marchena, J. A. (2014). Educació i persones majors. A *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17(1), 107-121.

Newman, S. i Sánchez, M. (2007). Els programes intergeneracionals: concepte, història i models. A A. M. Sánchez (dir.), *Programes intergeneracionals. Cap a una societat per a totes les edats*. Barcelona, Obra Social Fundació la Caixa, Col·lecció Estudis Socials, 23.

ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. A/CONF.197/9. Nova York, Organització de les Nacions Unides.

Orte, C., Macías, L. i Vives, M. (2008). Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008). A C. Orte (dir.), *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*, 203-236. Palma, Càtedra de Gerontologia Educativa i Social.

Orte, C., March, M., Macías, L., Vives, M. i Sánchez, L. (2012). Los alumnos de la UOM comparten aulas con alumnos de diferentes centros educativos de las Illes Balears. A G. Pérez (coord.), *Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional. Claves para un Envejecimiento Activo*. Madrid, UNED.

Orte, C. i March, M. (2003). *La aplicación de las nuevas tecnologías en los Programas Universitarios para Mayores en la Universitat de les Illes Balears*. Actas del IX Congrés Qualitat, Equidat i Educació. San Sebastián, CITE.

Orte, C. i March, M. (2006). La intervenció socioeducativa, els programes universitaris per majors i la qualitat de vida: la construcció d'una gerontologia educativa. A C. Orte (coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid, Dykinson.

Orte, C. i Vives, M. (2006). Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios de mayores. A C. Orte (coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid, Dykinson.

Pascual, B. i Gomila, M. A. (2013). Treball comunitari intergeneracional: L'experiència de dos projectes socioeducatius a Palma. A C. Orte, (dir.), *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013*, 83-102. Palma, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, UIB.

Pérez Zorrilla, M. J. (2005). Evaluación de la comprensión lectora: dificultades y limitaciones. *Revista de Educación*, núm. extraordinario 2005, 121-138.

Ripoll, J. C. i Aguado, G. (2014). La mejora de la comprensión lectora en español: un meta-análisis. *Revista de Psicodidáctica*, 19(1), 27-44. Disponible a: www.ehu.es/revista-psicodidactica

Rueda, M. (2013). La intervención en las dificultades lectoescritoras desde un enfoque multidimensional. A *Aula Abierta*, 41, 1, 27-38.

Sánchez, M. i Díaz, P. (2005). Los programas intergeneracionales. A S. Pinazo i M. Sánchez (dir.), *Geontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid, Pearson Prentice Hall.

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Expert en intervenció en qualitat de vida de persones grans per la UNED. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Col·laborador en el projecte d'investigació "Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los programas universitarios para personas mayores", en el qual participaren un total de vuit universitats nacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en educació, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i la qualitat de vida en les persones grans que participen en un programa educatiu.

M^a BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma, 1968. Llicenciada en sociologia i ciències polítiques per la Universitat Complutense de Madrid; doctora en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora col·laboradora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre de l'equip d'investigació GIFES, desenvolupa la seva tasca de recerca en projectes d'investigació educativa i social relacionats amb la pedagogia social i la sociologia de l'educació, en els àmbits de la intervenció socioeducativa en la família, l'anàlisi del sistema educatiu i la intervenció comunitària. Des de juliol de 2009 és vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social.

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en psicopedagogia, doctora amb menció europea en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Membre de l'equip d'investigació GIFES, des d'on participa en dos projectes europeus relacionats amb les persones grans i la formació al llarg de tota la vida. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a la gent gran, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on treballà amb el doctor Alan Walker sobre la qualitat de vida en la gent gran.

LA SALUT ORAL EN LES PERSONES GRANS

La salut oral en les persones grans

Jaume Torres Bosch

Resum

El tractament odontològic dels pacients grans no depèn tant de les tècniques emprades com de l'avaluació individual del pacient, tenint en compte les seves característiques pròpies (salut general, mobilitat, dependència, factors psicològics, etc.). El que es pretén no és només millorar el nivell de la salut oral sinó contribuir al manteniment integral de la salut i, per tant, elevar el nivell i la qualitat de vida.

És necessari, doncs, conèixer la situació en què es troba aquest grup ampli de persones, les seves necessitats i les seves limitacions per poder oferir-los les atencions que mereixen. Aquest és l'objectiu de la gerodontologia.

Resumen

El tratamiento odontológico de los pacientes mayores no depende tanto de las técnicas empleadas como de la evaluación individual del paciente, teniendo en cuenta sus características propias (salud general, movilidad, dependencia, factores psicológicos, etc.). Lo que se pretende no es sólo mejorar el nivel de salud oral, sino contribuir al mantenimiento integral de la salud y, por tanto, elevar el nivel y la calidad de vida.

Por ello es necesario conocer la situación en que se encuentra este amplio grupo de personas, sus necesidades y sus limitaciones para poder ofrecerles las atenciones que se merecen. Este es el objetivo de la gerodontología.

1. Introducció

La disminució de l'índex de natalitat a nivells europeus i l'augment de l'esperança de vida (81,1 anys; 77,8 en homes i 84,3 en dones) fan que actualment a Espanya hi visquin més de 8 milions de persones de més de 65 anys, de les quals prop de 3 milions tenen més de 75 anys. A les Illes Balears són 163.046 les persones de més de 65 anys, repartides més o menys en un 50% entre homes i dones, excepte en el rang a partir de 80 anys, en què el percentatge de dones dobla el d'homes.

Es tracta, doncs, d'un important sector de la població total (cada cop més gran) que, a més, necessita una atenció sanitària especial, ateses les seves característiques peculiars. Pel que fa a la salut oral, seria especialment útil tenir en compte el control dels aspectes socials que contribueixen al menyscabament de la salut: la disminució dels recursos econòmics, la soledat, la dependència, la limitació de mobilitat, etc., que influeixen en la seva capacitat d'accedir als serveis odontològics.

L'atenció bucal hauria de ser individualitzada, atesa la gran variabilitat, però sempre respectant la dignitat de la persona, evitant les connotacions negatives cap a la vellesa en aquesta àrea de la salut especialment oblidada. La presa de decisions terapèutiques en funció de l'edat seria una equivocació i, per tant, s'hauria de valorar no tan sols el temps sinó també la qualitat de vida.

2. Epidemiologia

Per fer-nos una idea de quin és l'estat de la salut oral de les persones de més de 65 anys a les Illes Balears hauríem d'extrapol·lar les dades de l'enquesta nacional efectuada pel professor Llodrà a la universitat de Granada en 2010 i publicada en 2012, ja que aquí no hi ha estadístiques fiables sobre aquest tema.

Cal tenir en compte que aquesta enquesta fou feta a grups de 45 persones, repartides per grups d'edat i ateses en centres de salut per motius de salut general i no expressament per dolences bucal. Només un 15% d'aquests pacients entre 65 i 74 anys foren enquestats en residències. Cal suposar, per tant, que els resultats podrien ser més negatius en funció del lloc on s'ha fet l'enquesta.

De les persones enquestades de 65 a 74 anys, un 94,2% presentaven càries i només un 12% d'aquestes càries estaven tractades. L'índex de càries radicular era del 0,46%, comparat amb el 0,08% en adults joves. El percentatge de càries augmentava vertiginosament amb relació al nivell social baix o rural.

Un 10,4% presentava periodontitis severa, comparat amb el 5,11% de la població adulta més jove. Cal destacar que un 20% afirmà que no es raspalla mai les dents i només un 29,5% havia visitat el dentista el darrer any, xifra que es reduïa al 19,5% en les persones de més de 75 anys. El tractament dut a terme més sovint foren les extraccions dentals, amb un 10,3%.

Un 50-56% utilitzava pròtesis dentals de qualque tipus, un 15-21% de les quals eren fixes. La prevalença de pròtesis completes superiors o inferiors era del 17-22% respectivament. L'estat i l'eficàcia d'aquestes pròtesis no es descriu, però podem inferir clarament que era deficitari. D'altra banda, entre un 41 i un 46% necessitava algun tipus de pròtesis. Curiosament aquestes persones referien menys problemes orals que els grups de menys edat, sens dubte com a resultat de la seva resignació.

3. Canvis en els teixits orals amb l'envelliment

L'envelliment no és una malaltia, sinó una disminució progressiva i irreversible de la capacitat d'adaptació i de la funcionalitat dels òrgans d'un ésser viu.

A mesura que envellim, l'estructura histològica de l'os es va remodelant i s'originen canvis en les cèl·lules i la substància intercel·lular. Les cèl·lules formadores (els osteoblasts) disminueixen l'activitat, mentre que les destructores (osteoclasts) augmenten l'activitat. Es produeix una disminució en l'os dels elements primaris (calci, fosfat, sodi i magnesi) que formen els cristalls de l'os i una disminució de les fibres col·làgenes i de les proteïnes que formen la matriu orgànica. S'origina una estructura més dèbil i una pèrdua generalitzada de la massa esquelètica. Això es produeix d'una manera diferent en el maxil·lar superior i inferior i no té relació amb l'estat d'edentulisme.

Les articulacions del cap sense moviment (sinartrosis) sofreixen molts pocs canvis, cosa que sí que passa a l'articulació temporomandibular, on es produeixen alteracions histològiques importants: disminueix el líquid sinovial i les cèl·lules musculars i augmenta el greix dels principals grups musculars (temporal, masseters i pterigoides). És freqüent l'aparició de signes d'artrosis.

Amb l'edat es produeix una atròfia de les capes de la pell i de les glàndules cutànies. S'origina una deshidratació i, com a conseqüència d'això, un augment de les arrugues cutànies per la separació dels grups musculars, en especial en els solcs nasogenians i nasolabials. La bola adiposa de Bichat pot atrofiar-se, la qual cosa fa que es notin més els malars.

El flux sanguini cap a la musculatura també disminueix i es produeix una baixada de la velocitat de conducció dels nervis i una pèrdua progressiva de neurones que donen lloc a canvis més evidents en les activitats motores que sensitives, en especial el nervi facial i la branca mandibular del trigemí (expressió facial i masticació).

L'envelliment de la mucosa oral està determinat per les alteracions de les connexions entre les cèl·lules i la membrana basal, l'alteració de l'estructura del teixit conjuntiu per davall i la disminució del flux salival (el qual és molt important).

Les genives tenen una renovació cel·lular molt alta, per la qual cosa sofreixen pocs canvis, encara que clínicament s'observen canvis causats per l'atrofia del procés alveolar dels maxil·lars, que donen lloc a retraccions gingivals i disminució del suport de la taula vestibular.

La mucosa de la llengua amb l'edat presenta una disminució de les papil·les linguals i dels receptors gustatius.

L'envelliment de l'esmalt dentari origina un canvi en la coloració, que cada cop és més groc o marró atès que permet la transparència de la dentina de sota. Minva la seva gruixa pel desgast continuat i es produeix dentina escleròtica. Amb l'edat la polpa dentària

sofreix canvis en el volum, l'estructura i la funció, i n'augmenta el component fibrós i en disminueix la cel·lularitat, vascularització i innervació.

Augmenta la gruixa del cement a la zona apical, interdental i furcal.

L'envelliment no sols implica canvis biològics sinó també modificacions en la psicologia de les persones, en la seva actitud, conducta i comunicació. A més, un nombre important de malalties sistèmiques causen invalidesa a les persones grans i provoquen símptomes psicològics d'aïllament i soledat. Ara bé, l'envelliment té unes característiques individuals molt importants que fan d'aquest procés una adaptació constant a l'àmbit intel·lectual, afectiu i social.

4. Patologia bucal freqüent en les persones grans

- Les càries radiculars. Són propiciades per la disminució de la saliva, la dieta pastosa i blana, la retracció gingival i l'augment de rugositat del cement exposat, juntament amb les dificultats per efectuar una bona neteja.
- L'absència dental. És produïda com a conseqüència de la periodontitis avançada crònica que també ha fet minvar l'os residual, fet que dificulta possibles tractaments amb pròtesis, i ha deixat com a seqüela mobilitat important a les peces restants.
- La sequedat de boca. És un efecte secundari més de moltes de les medicacions que prenen aquestes persones i del mateix procés d'envelliment.
- L'artrosi de l'articulació temporomandibular. Dificulta l'obertura i els moviments mandibulars.
- L'ús de pròtesis mal adaptades o l'absència de les pròtesis.
- La disminució dels reflexos masticatoris i de deglució.
- Els carcinomes orals, més avançats en aquestes edats.

Tot això juntament amb les limitacions de mobilitat i psicològiques fa que la higiene oral sigui pitjor, es dificulti la masticació i, per tant, la nutrició. Es crea un cercle patològic que cal trencar.

És important assenyalar, una vegada més, que tot aquest procés es produeix de manera diferent en cada persona en funció de les seves condicions.

5. Consideracions en la prevenció, diagnòstic i tractament de les malalties orals.

5.1. Prevenció. Es tracta de facilitar la neteja bucal de manera directa amb l'ajuda dels familiars o cuidadors (especialment a les residències) o indirecta, mitjançant additaments incorporats als raspalls per facilitar-ne l'ús. Es poden afegir els col·lutoris fluorats a la rutina d'higiene i les aplicacions a la consulta dental. També seran molt útils els preparats de saliva artificial per combatre la sequedat bucal, així com una bona hidratació, beure aigua freqüentment. Seria molt recomanable fer un control de la dieta evitant tant com sigui possible els greixos i sucres amb excés i facilitant la ingesta de fruites, verdures i minerals indispensables, tenint cura que es glopegi després de prendre aliments de consistència molt blana i aferradissa.

5.2. Diagnòstic. Comença amb la primera visita. L'accés a la consulta del dentista hauria de ser el més fàcil possible. S'ha d'ajudar el pacient a col·locar-se al seient dental. Moltes vegades serà útil col·locar-li un collar cervical perquè pugui reposar bé el cap, atesa la freqüència de cifosis en aquestes persones (especialment en dones grans).

No cal dir que l'espera ha de ser el més reduïda possible i s'han d'evitar tant com es pugui trasllats dintre de la consulta.

El més adient és que el pacient hi vingui acompanyat a fi de superar les dificultats de comunicació. La descripció dels símptomes sol ser pobre i sovint s'han d'atendre diversos motius de consulta. El dentista ha de parlar d'una manera clara i pausada, dirigint la conversa. S'ha de ser minuciós i tenir molta paciència. La informació dels medicaments que pren el pacient té un interès especial: diürètics, antihipertensius, digitàlics, antidepressius, neurolèptics, sedants, hipoglucemians, anticoagulants, antibiòtics, quimioteràpia, bifosfonats i altres. Les proves complementàries s'han de reduir al màxim, però no per això s'han de deixar d'efectuar les imprescindibles (radiografies, TAC, models, etc.).

5.3. Tractament. Com hem dit al principi, el tractament no difereix en general de l'efectuat als altres grups d'edat. El respecte cap a la persona gran, la consideració de les seves limitacions i la valoració del benefici davant dels possibles trastorns que li causarà el tractament han de guiar les pautes terapèutiques.

6. Conclusions

Encara que els nivells de salut oral han millorat els últims anys, si comparam les estadístiques (1999, 2000, 2005 i 2010) resta molta feina per fer.

La salut periodontal en les persones grans és molt dolenta, amb uns índexs de placa, sagnat, càlcul i bosses periodontals profundes molt elevats. L'absència dental predomina en les boques de la gent gran i les pròtesis utilitzades, en general, són poques i deficientes. Tot això s'agreuja a les residències, especialment les públiques i amb les persones dependents amb una ajuda deficitària.

A les Illes Balears des de fa uns anys hi ha el Pla d'Atenció Dental Infantil, PADI, que ha donat molts bons resultats. Una actuació similar amb les persones de més de 65 anys, especialment amb pocs recursos, suposaria un pas endavant per solucionar aquest problema.

Referències bibliogràfiques

Llodrá-Calvo, J. L. (2012). Encuesta de salud oral en España 2010. RCOE, 17 (1) 13-41.

Herbig, U., Ferreira, M., Condel, L., Carey, D. i Sedivy, J. M. (2006). Cellular senescence in aging primates. Science, 311:1257.

Arriola, I., Santos, J., Martínez, N., Barona, C. i Martínez-González, J. M. (2009). Consideraciones farmacológicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Av. Odontoestomatol, 25 (1) : 29-34.

Calenti, M. (2011). Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención. Editorial Médica Panamericana, Cap. 2: 21-35.

Borreani, E., Jones, K., Wright, D., Scambler, S. i Gallagher, J. E. (2010). Improving access to dental care for older people. Dent. Update, 37 (5) : 297-8, 301-2.

Wennström, J. I. (1998). Treatment of periodontal disease in older adults. Periodontology 2000, Vol. 16: 106-12.

Mandell, G., Sener, I. D., Turker, S. B. i Ulgen, H. (2011). Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. Gerodontology, 28: 97-103.

Bagán, J. V. (2010). Fisiopatología de las glándulas salivales. Valencia, Medicina Oral SL.

Cortada, M. (1986). Prótesis completas. Apuntes prácticas. Barcelona, Editorial Gráficas Signo.

Autor

JAUME TORRES BOSCH

Palma, 1959. Llicenciat en Medicina, UAB

Especialista en Estomatologia, UB. Postgrau en Pròtesis Bucals i Maxil·lofacials, UB. Pràctica privada a Palma des de 1987.

**REPTES D'UNA ATENCIÓ
INTEGRAL DE QUALITAT:
VISIÓ ACTUAL I PERSPECTIVES
DE FUTUR DES DE SARQUAVITAE**

Reptes d'una atenció integral de qualitat: Visió actual i perspectives de futur des de SARquavitae

Antonio Calvo Ara

Aina Maria Ferrà Cañellas

Elsa Herranz Sanz

Gregorio Molina Paniagua

María José Secilla Castro

Catalina María Vanrell Munar

Marián Vázquez Sánchez

Resum

En les últimes dècades s'ha produït un **envelliment progressiu de la població i un increment de la cronicitat i la dependència**, principalment en la gent gran. Aquesta tendència es reflecteix en les estadístiques demogràfiques publicades, que mostren que l'índex d'envelliment de les Illes Balears ha passat d'un 67,8% el 2008 a un 73% el 2013 (Observatori del Treball de les Illes Balears, 2013).

Es pot pensar que aquest patró poblacional es reproduirà també en els centres residencials, on **el perfil de les persones ingressades ha tingut una transformació en els darrers anys**. En aquest sentit, resulta interessant analitzar l'evolució de la població atesa, ja que permet evidenciar les noves necessitats assistencials i els reptes que aquest fet planteja.

D'altra banda, en els centres residencials, el model d'atenció tradicional ha estat més paternalista sense tenir realment en compte els desitjos i les preferències dels residents. **El model assistencial de SARquavitae situa, des dels seus inicis, el focus en la mateixa persona**, i els professionals hi són facilitadors que ofereixen unes atencions especialitzades partint de la història de vida. Aquest canvi de mirada en l'àmbit de l'atenció residencial té implicacions ètiques, assistencials, organitzatives i estructurals i requereix un compromís de tota l'organització.

Finalment, en aquest capítol es reflexiona sobre una sèrie d'àrees, la consolidació de les quals, en el futur, contribuirà a millorar l'atenció proporcionada, examinant elements vinculats a les **intervencions, l'entorn i la universalització de la tecnologia en l'àmbit social i sanitari**.

Resumen

En las últimas décadas se ha producido un **envejecimiento progresivo de la población y un incremento de la cronicidad y la dependencia**, principalmente en las personas mayores. Esta tendencia queda reflejada en las estadísticas demográficas publicadas, que muestran como el índice de envejecimiento de las Islas Baleares ha pasado del 67,8% en 2008 al 73% en 2013 (Observatori del Treball de les Illes Balears, 2013).

Cabe pensar que este patrón poblacional se reproducirá también en los centros residenciales, donde **el perfil de las personas ingresadas ha sufrido una transformación en los últimos años**. En este sentido, resulta interesante analizar la evolución de la población atendida explicitando las nuevas necesidades asistenciales y los retos que esto plantea.

Por otro lado, en los centros residenciales, el modelo de atención tradicional ha sido más paternalista, sin tener realmente en cuenta los deseos y preferencias de los residentes. **El modelo asistencial de SARquavitae sitúa, desde sus inicios, el foco en la propia persona,** en que los profesionales son facilitadores que ofrecen unos cuidados especializados partiendo de la historia de vida. Este cambio de mirada en el ámbito de la atención residencial tiene implicaciones éticas, asistenciales, organizativas y estructurales y requiere un compromiso de toda la organización.

Por último, en el presente capítulo se reflexiona sobre una serie de áreas cuya consolidación en el futuro contribuirá a mejorar la atención proporcionada, examinando elementos vinculados a las **intervenciones, el entorno y la universalización de la tecnología en el ámbito social y sanitario.**

1. Perfil de les persones que ingressaren a SARquavitae el 2013

Amb l'objectiu de conèixer el perfil de les persones que van ingressar en els centres residencials de SARquavitae a Mallorca durant l'any 2013, s'han explorat les dades recollides en el **Sistema d'Informació Assistencial informatitzat GCR®** (Gestió de Centres Residencials). En la Història Assistencial Informatitzada es registren totes les dades socials, psicològiques, funcionals i clíniques, incloent-hi les preferències i els desitjos de les persones en el moment de l'ingrés.

S'ha analitzat el perfil dels 248 ingressos que es van produir durant l'any passat. Es tracta d'una població predominantment femenina (72,2%) i molt envellida, ja que pràcticament tres quarts parts de les persones que hi ingressen tenen més de 80 anys.

D'aquestes, un 51% procedia del seu domicili; el 35%, d'un altre centre residencial, i el 14% restant, de l'hospital d'aguts o d'un recurs sociosanitari.

Pel que fa al grau de dependència funcional, mesurat per l'índex de Barthel, un 37,4% dels ingressos va presentar dependència greu o total i un 15,9% dependència moderada. La resta van ser persones amb un grau de dependència lleu (37,4%) o totalment independents (9,3%).

Pel que fa al nivell de funcionament cognitiu, avaluat per mitjà de l'escala Minimental (MMSE), de Folstein, la meitat de les persones van presentar un deteriorament cognitiu greu o molt greu (50,4%), seguidament d'un 26,1%, que van presentar deteriorament cognitiu moderat; un 15,8%, deteriorament lleu, i en un 7,7% hi va haver absència de deteriorament.

En els paràmetres clínics, un 76,6% de les persones que van ingressar el 2013 estaven polimedicades, amb més de set fàrmacs prescrits en el moment de l'ingrés.

A més, un 67,3% de les persones presentava tres o més diagnòstics clínics en el moment de l'ingrés. Les malalties que més prevalien eren les hipertensives del cor (16%), les malalties relacionades amb l'aparell cardiocirculatori (13%), la malaltia d'Alzheimer i altres demències (12%) i malalties relacionades amb el sistema nerviós (9%).

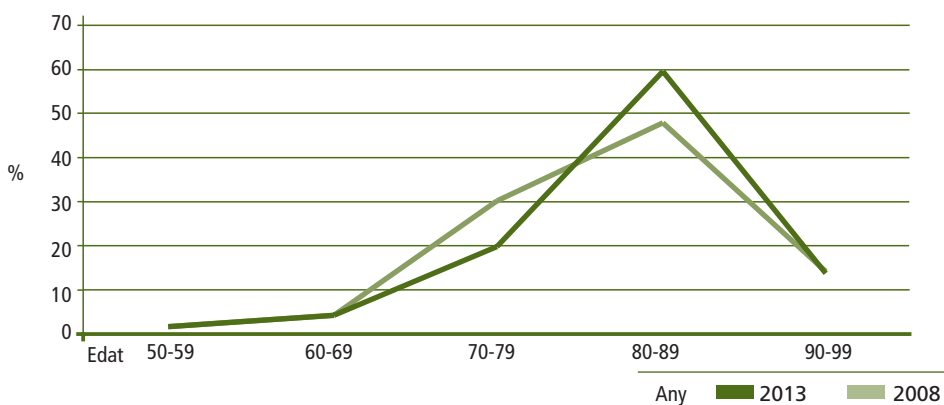
1.1. Evolució del perfil de les persones ingressades (2008-2013)

Amb l'objectiu d'analitzar l'evolució del perfil de les persones ingressades en els centres residencials SARquavitae a Mallorca, s'han comparat les dades disponibles al GCR® dels 248 ingressos de 2013 amb les dels 278 ingressos de 2008.

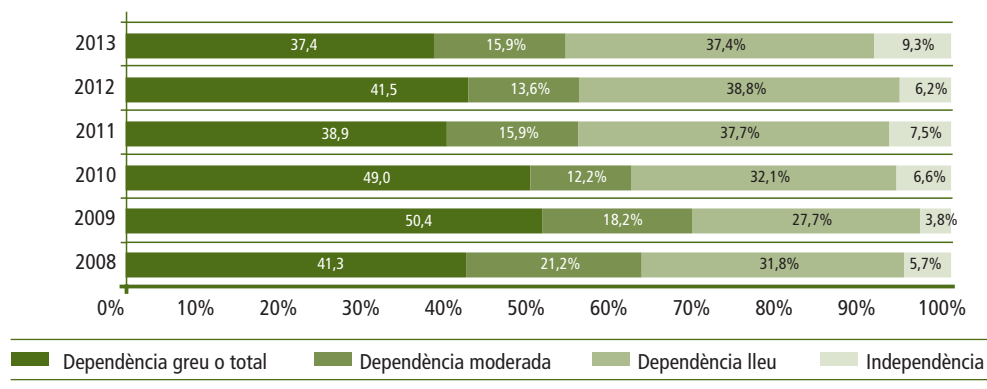
Únicament s'han identificat diferències estadísticament significatives en l'edat de les persones, l'estat funcional mesurat per l'índex de Barthel, el nombre de diagnòstics clínics i el nombre de fàrmacs prescrits. Per analitzar les dues primeres variables, es va fer la prova de Mann-Whitney per a mostres independents, i per a les dues últimes, la prova khi quadrat de Pearson, ambdues amb un nivell de significació estadística del 5%.

- L'edat mitjana de les persones que van ingressar en els centres SARquavitae és més alta el 2013 ($\bar{X}$: 83,16; DE: 7,67) que el 2008 ($\bar{X}$: 81,48; DE: 8,90).

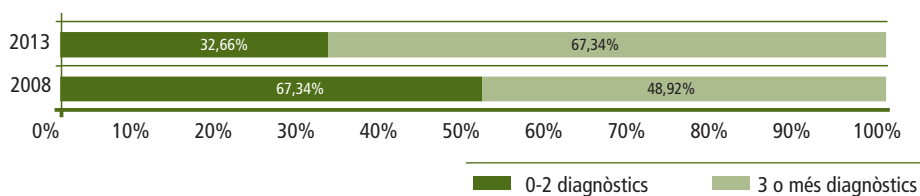
Gràfic 1 | Distribució de l'edat en el moment de l'ingrés 2008-2013



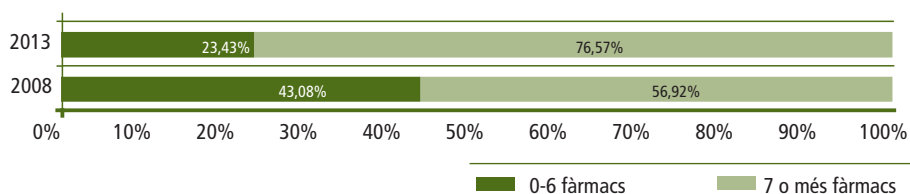
- El 2013, les persones tenen un nivell més baix de dependència funcional amb una mitjana de 51,73 (DE: 32,22) enfront de la mitjana de 46,31 (DE: 32,03) de l'any 2008.

Gràfic 2 | Estat funcional en el moment de l'ingrés 2008-2013

- Pel que fa als diagnòstics actius en el moment de l'ingrés, el 2013 hi va haver un 67,34% de la mostra amb tres o més diagnòstics actius enfront del 48,92% de 2008.

Gràfic 3 | Diagnòstics per persona en el moment de l'ingrés 2008-2013

- El 2013, un 76,57% de les persones tenia més de set fàrmacs prescrits en el moment de l'ingrés, enfront del 56,92% de 2008.

Gràfic 4 | Fàrmacs prescrits per persona en el moment de l'ingrés 2008-2013

La informació exposada permet afirmar que les persones ingressades en els centres SARquavitae de Mallorca durant el 2013 són més grans, presenten més diagnòstics actius i tenen més fàrmacs prescrits. Són, per tant, usuaris pluripatològics i polimedicats, i feturen de més mobilització de recursos sanitaris.

Com a dada significativa, cal assenyalar que el perfil de la persona que ingressa als centres residencials SARquavitae a Mallorca presenta un grau més baix de dependència en les activitats de la vida diària, i es manté sense diferències significatives l'estat cognitiu dels ingressos del 2013 ($\bar{X}$: 12,55; DE: 9,5) enfront dels del 2008 ($\bar{X}$: 12,45; DE: 9,38).

En definitiva, l'evidència mostrada al llarg de l'apartat posa de manifest que el perfil de la persona ingressada a SARquavitae ha experimentat un augment de complexitat, en els últims cinc anys, amb un increment important de la càrrega sanitària associada a la seva atenció.

2. Atenció centrada en la persona

En els últims temps, els models d'atenció centrada en la persona han experimentat un gran auge. Tot i això, no existeix una definició universalment acceptada per a aquest concepte. Entre els models desenvolupats, destaca el d'**atenció gerontològica centrada en la persona** (Martínez Rodríguez, 2011: 21), que és «un model d'atenció que assumeix, com a punt de partida, que les persones grans, com a éssers humans que són, mereixen ser tractades amb igual consideració i respecte que qualsevol altra, des del reconeixement que totes les persones tenim la mateixa dignitat».

D'acord amb Rodríguez Rodríguez (2010), aquest concepte es defineix com l'atenció que s'adreça a la consecució de millores, en tots els àmbits, de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació efectiva.

Segons Grob (2013), l'atenció centrada en la persona és l'assistència sanitària que s'estableix mitjançant una associació entre els professionals, les persones ateses i les famílies, per garantir que les decisions respectin els seus desitjos, necessitats i preferències i que tinguin l'educació i el suport que necessiten per prendre decisions i tenir cura d'ells mateixos.

Per la seva banda, Cliff (2012) argumenta que les atencions veritablement centrades en la persona consideren les tradicions culturals, les preferències i els valors, la seva situació familiar i el seu estil de vida. La persona i el seu entorn afectiu formen part integral de l'equip d'atenció i col·laboren amb els professionals sanitaris en la presa de decisions clíniques.

L'atenció integral, igual que l'atenció centrada en la persona, és reclamada en l'actualitat tant pels serveis sanitaris com pels socials. Això no obstant, **en pocs llocs del món es produeix de manera efectiva aquesta coordinació entre àmbits i sistemes i, en especial, el de l'atenció sociosanitària conjunta que requereixen les persones en situació de dependència** (Rodríguez Rodríguez, 2010).

2.1. El model assistencial de SARquavita

El model assistencial de SARquavita té per objecte oferir uns serveis flexibles i coordinats, que responguin a les necessitats i preferències de les persones, amb un enfocament integrador i en centres sectorials, segons els nivells de dependència.

A SARquavita, per mitjà de la **planificació centrada en la persona (PCP)** (Mata i Carratalá, 2007), s'individualitza l'atenció, adaptant-la a les dimensions de cada persona, a les seves capacitats i a la seva visió de la qualitat de vida, compartint amb ella i amb els membres del seu entorn afectiu les decisions sobre les seves atencions i treballant, per tant, en el disseny d'intervencions per a la persona i des de la persona, no des del sistema.

La PCP constitueix l'eix metodològic fonamental en la gestió assistencial dels centres i serveis de SARquavita, a partir de la qual es dissenyen les diferents actuacions professionals.

Tenint en compte les premisses de la PCP, en la gestió dels processos lligats a l'atenció dels usuaris del centre es treballa amb els principis següents:

- **La persona és el centre del procés.** La PCP es basa en drets, independència i eleccions. L'individu no es veu com una cosa aïllada, sinó dins un context familiar i comunitari.
- **El disseny de les intervencions se centra en les capacitats de la persona, així com en la definició dels suports que necessita per promoure la seva autonomia** en el grau més alt possible. La persona és el centre, tria el que és important i pren el rol de lideratge, decidint quines oportunitats cal crear i quins suports necessita, cosa que implica un replantejament i una redistribució de rols, i es reconeix que els professionals no són els «millors experts» sinó part del grup de suport.
- **La PCP és un procés continu d'aprenentatge i acció.** Així com la vida de cadascú canvia, també ho fan les seves circumstàncies, aspiracions i els seus interessos, i s'assumeix, per tant, que el treball en l'atenció a les persones és un procés flexible i d'adaptació contínua.

Treballar des d'aquest enfocament i amb aquest model permet garantir la posada en marxa d'intervencions dirigides a la millora de la qualitat de vida de les persones. La metodologia

de treball i els pilars metodològics que preveu parteixen d'uns principis d'actuació que es mostren en el gràfic.

Gràfic 5 | *Principis i metodologia de la planificació centrada en la persona a SARquavitae*



Que la persona en sigui partícip permetrà optimitzar el benefici terapèutic, la independència i el control de la seva vida (Rodríguez Rodríguez, 2011).

L'absència d'un enfocament centrat en el **context significatiu per a la persona es tradueix en un pla d'atenció inadequat**. El context d'un pacient comprèn tot el que s'expressa fora dels límits de la seva pell i és significatiu per a la seva cura, incloent-hi les seves condicions de vida i comportaments (Weiner, 2004). En persones amb malalties cròniques complexes (o en cures pal·liatives), aquest model adquireix més rellevància, la qual cosa fa millorar el seu benestar, mesurat per l'augment de l'autoeficàcia i el nivell de confiança i la reducció de la depressió i de l'ansietat (Epstein et al. , 2010).

3. Iniciatives de millora assistencial i reptes en l'atenció a persones vulnerables des de SARquavitae

Tenint en compte la transformació del perfil de les persones ateses, resulta indispensable **adaptar els serveis a les noves necessitats identificades, aportant valor assistencial no només als centres residencials, sinó a l'àmbit de la població en general.**

Per aquest motiu, des de SARquavitae s'impulsen diferents línies de treball que s'exposen a continuació, algunes de les quals de caràcter més innovador, amb l'objectiu de millorar l'atenció prestada i, en darrer terme, el benestar dels usuaris dels serveis.

3.1. Atenció sociosanitària

S'evidencia un augment en la **complexitat sanitària** de les persones que ingressen als centres residencials. És convenient **reconèixer i regular el paper dels centres com a recursos sociosanitaris proveïdors de serveis especialitzats** que contribueixen a garantir la continuïtat de l'atenció.

3.2. Atenció especialitzada a persones en situacions de malaltia avançada-terminal (SEAT)

Una part significativa de les persones ateses per SARquavitae es troben en situació de malaltia avançada-terminal (SEAT). El procés d'evolució d'aquestes persones amb malalties avançades es caracteritza perquè presenta crisis freqüents, elevades necessitats assistencials, alta freqüentació d'ús dels serveis sanitaris i preses de decisions difícils, amb nombroses implicacions ètiques en molts casos.

En els centres SARquavitae, **l'aplicació de l'instrument NECPAL - SARquavitae - CCOMS® permet identificar les persones amb necessitats d'atenció pal·liativa.** L'objectiu que es persegueix és fer una millor avaluació, planificació i provisió de les atencions en relació amb les necessitats de la persona. D'aquesta manera, es poden posar en marxa processos de **planificació de decisions anticipades** amb l'objectiu d'oferir una atenció individualitzada que s'ajusti a les preferències de les persones ateses i el seu entorn familiar.

3.3. Ètica assistencial

A SARquavitae són pioners en la creació d'un comitè d'ètica assistencial en l'àmbit sociosanitari. Registrat l'any 2008, està format per un grup multidisciplinari d'experts que ofereixen assessorament i consell ètic als professionals dels centres i serveis davant els dilemes ètics que els poden sorgir en la seva pràctica diària, per tal d'ajudar-los en la presa de decisions.

La dimensió ètica del treball assistencial que es duu a terme a SARquavitaie és de gran importància, ja que està present en la vida diària de les persones que viuen als centres, de les seves famílies i de tots els professionals que les acompanyen i les atenen.

3.4. Nutrició

L'alimentació de les persones en situació d'especial vulnerabilitat a causa del seu estat de salut requereix un tractament específic, principalment per desnutrició o important risc de desnutrició. Per aquest motiu, SARquavitaie compta amb una àrea responsable de l'assistència nutricional, NutriSAR. En aquesta matèria, s'han posat en marxa diferents projectes d'intervenció nutricional, entre els quals destaquen:

- **Actuació nutricional en disfàgia.** En el moment de l'ingrés, hi ha un important nombre de persones amb disfàgia no diagnosticada. Per aquesta raó, s'ha posat en marxa formació específica per a la correcta identificació d'aquestes persones per mitjà d'una valoració amb textures segures, una avaluació de l'estat nutricional mitjançant el *mini nutritional assessment* (MNA), el control de condicions d'ingesta i l'elaboració d'un menú adequat amb el suport nutricional necessari.
- **Sistema texturitzant.** Amb l'objectiu de facilitar plats que conservin el sabor, l'olor i la presentació per a persones que necessitin dietes triturades i de fàcil masticació, s'hi ha incorporat un robot emulsionant d'aliments.

La introducció d'aquesta innovació de l'alta cuina en l'àmbit de l'atenció residencial a persones en situació de cronicitat o dependència permet combinar la tècnica en la preparació dels plats (factor humà imprescindible) amb la tecnologia, per a la seva transformació.

Aquest sistema millora la conservació de propietats i pretén evitar la monotonia de sabors i presentacions en aquest tipus de dietes, oferint un impacte visual que predisposa a gaudir del menjar.

Imatge 1 | Transformació de plats i aliments en texturitzants

Algunes presentacions dels resultats obtinguts:



Postres de pa amb arròs



Salmó amb arròs

3.5. Serveis residencials orientats a la integració comunitària

Un dels principals reptes dels centres residencials per a gent gran és aconseguir una integració real en el seu entorn comunitari, ja que, en general, continua sent un recurs una mica distant. En els centres SARquavitae s'impulsa l'ús dels espais del centre per a agents de la comunitat i la participació activa de les persones que viuen als centres en la vida sociocultural i associativa de l'entorn. És essencial que aquesta tendència s'hi instauri de manera global i que els centres residencials es visualitzin com a centres de serveis oberts a la comunitat.

En aquesta línia, un altre repte de futur és fer accessible l'oferta de serveis sanitaris i socials dels centres residencials a persones que no hi resideixen, a les mateixes instal·lacions o bé al domicili, oferint serveis d'assessorament en ajuts tècnics, atenció rehabilitadora, intervenció psicològica, disseny d'adaptacions a domicili, formació a cuidadors i professionals o grups de suport, entre altres elements.

3.6. Arquitectura, infraestructures i benestar subjectiu

La relació que hi ha entre el disseny arquitectònic i el benestar subjectiu ha estat documentada en diferents publicacions (Knudstrup, 2012; Vázquez-Honorato i Salazar-Martínez, 2010). El benestar de les persones en situació de dependència està relacionat amb el seu entorn. Les noves persones grans tenen un nivell cultural més alt, són més assertives i comunicatives quant a les seves necessitats i han desenvolupat habilitats de consumidors exigents per demanar serveis d'alta qualitat. Es fa necessari un espai arquitectònic que combini l'aspecte domèstic amb les exigències d'un entorn d'atencions personals, higièniques i sanitàries determinades (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Els aspectes arquitectònics més importants que influeixen en el benestar de les persones són: la localització, el tipus d'edifici, la distribució d'espais i àrees comunes, la il·luminació, l'accessibilitat, les zones exteriors enjardinades, el disseny i la decoració interior i les tecnologies.

El disseny dels centres SARquavitae cerca afavorir les condicions ambientals. La decoració i els colors són elements centrals per millorar les sensacions de les persones. Actualment,

a la UIB s'estan fent investigacions que estudien la influència de la luminoteràpia en els ritmes circadianis de la gent gran i l'impacte positiu de la llum natural. Aquesta és una línia interessant de recerca en la qual estam col·laborant.

En una altra línia, **les sales multisensorials**, utilitzades en persones amb discapacitat i en nens que requereixen estimulació primerenca, s'estan integrant cada vegada més al món de la geriatria. En aquestes sales s'utilitzen la il·luminació, les aromes, la música, els sons i les textures, amb l'objectiu d'estimular físicament i cognitivament les persones amb deterioraments greus i molt greus.

A més, **es poden emprar els espais exteriors de l'entorn amb una finalitat terapèutica**. Els jardins terapèutics estan dissenyats per potenciar el benestar emocional i físic de les persones. Poden contenir elements actius, com un hort, mobiliari biosaludable per a la pràctica d'exercici físic, jocs, espais per a passejos i socialització o racons aromàtics. És fonamental obrir els espais a la comunitat i potenciar la utilització d'aquest tipus de recursos.

3.7. Avenços en domòtica i entorn tecnològic

Els centres d'atenció a persones grans no poden ser aliens als avenços de la tecnologia i haurien d'integrar-la en el seu model i activitat assistencial.

El terme domòtica, etimològicament, fa referència a l'ús de sistemes que automatitzen les instal·lacions d'un habitatge. Els edificis intel·ligents i bioclimàtics semblen afavorir tant el benestar dels residents i del seu entorn afectiu com el treball dels professionals i l'eficàcia dels centres residencials. Un aspecte que encara s'ha de desenvolupar completament és la intel·ligència ambiental, l'objectiu fonamental de la qual és la creació d'espais on les persones interaccionaran de manera natural i sense esforç amb els diferents sistemes tecnològics. És la tecnologia la que s'adapta als individus i al seu context.

El desenvolupament de les tecnologies propicia l'aparició de noves maneres de fer que podrien canviar, en un futur, alguns dels paradigmes de la intervenció terapèutica. Una és la robòtica, que promou la intervenció amb els residents d'una manera diferent de la tradicional. Per exemple, hi ha l'evidència que els robots mascota milloren la qualitat de vida de les persones grans amb problemes cognitius o de conducta (Filan, 2006). Altres aplicacions de la robòtica s'han desenvolupat per endegar teràpies rehabilitadores de membres superiors en pacients amb afectació greu (Revuelta, 2014).

La telerehabilitació també representa un camp rellevant d'actuació futura. Actualment, s'estan desenvolupant sistemes de telerehabilitació, que promouen l'estimulació activa de les persones per tal d'alentir la seva deterioració cognitiva o estabilitzar-la, tot plegat de manera personalitzada i específica. No obstant això, encara són solucions no implantades

de manera generalitzada a causa del seu alt cost i de l'absència d'una demanda clara per part de la població. En un futur proper, aquest tipus de solucions seran un important valor afegit que millorarà l'abast de les intervencions i beneficiarà les persones en situació de cronicitat o dependència, especialment en l'àmbit comunitari, però també les ingressades en centres residencials o altres dispositius d'atenció.

Internet, en l'àmbit sanitari, està integrant a gran velocitat **l'eSalut, que engloba eines que donen autonomia als pacients i canvia les relacions entre aquests i el personal sanitari**. La generalització de la telemedicina, orientada a malalts crònics, permetrà una autogestió de les seves patologies. Aquest tipus d'avenços aconseguirà, a mitjà i llarg termini, una important optimització de recursos. Es pot aplicar a la gestió sanitària, a pacients i professionals. Com a exemple de dispositius pràctics hi ha les teleconsultes amb especialistes, la gestió de cites i dispositius que es poden implantar per millorar la hipertensió arterial (HTA), entre altres.

Les aplicacions mòbils no són alienes a aquest canvi en àrees com la prevenció, el tractament, la dosificació, la informació diagnòstica, el seguiment, etc. Actualment hi ha més de 97.000 aplicacions relacionades amb la salut, el 30% de les quals estan dirigides a pacients i professionals i el 70%, al públic en general. Hi ha exemples molt variats, com les aplicacions per al control de la diabetis, per a l'autogestió de malalties cròniques o per a la localització de desfibril·ladors (Olivares, 2014). L'oferta d'aquest tipus de solucions i la seva utilització en entorns domèstics i residencials creixerà de manera exponencial en un futur pròxim.

4. Conclusions

En els últims cinc anys (2008-2013) s'ha posat en relleu un canvi en els perfils de les persones que ingressen en els centres residencials de SARQuavita a Mallorca. L'anàlisi de dades duta a terme permet afirmar que s'ha produït un **augment de la complexitat sanitària, amb una reducció significativa del temps d'estada mitjana**.

Així doncs, avui en dia, **cronicitat, complexitat i càrrega sanitària** conformen la realitat que s'atén en l'àmbit assistencial residencial.

Aquesta qüestió ens condueix a la necessitat d'una **especialització més elevada dels professionals i a orientar els recursos materials i funcionals per donar cobertura a les noves demandes**. S'hauria de reconèixer el treball sanitari que actualment s'exerceix en l'àmbit d'atenció residencial i formalitzar **l'acreditació** dels centres per regular la seva estructura sanitària. Considerant els beneficis d'un model d'atenció centrada en la persona, és indispensable enfocar els serveis des d'aquesta perspectiva, posant èmfasi en capacitats, eleccions i suports.

D'altra banda, resulta essencial reconèixer la transformació tan important que ha experimentat l'atenció residencial en els últims quinze anys. Ha passat d'atendre persones amb problemàtica social a cuidar **persones amb necessitats sanitàries**; de ser un àmbit aïllat a **comunicar-se i coordinar-se amb l'atenció primària i especialitzada**; de treballar de manera individualitzada a **treballar en equip, sempre amb la persona al centre**; de posar l'accent en les teràpies lúdiques a posar-lo en les **teràpies rehabilitadores**, i d'utilitzar plans d'atenció a emprar **plans de vida** que promouen l'autonomia de l'usuari en la presa de decisions davant un paper més passiu. Aquests són canvis essencials que mostren la progressiva evolució de l'atenció residencial, el paper de la qual en els sistemes d'atencions s'ha de **redefinir des del punt de vista social i sanitari**.

Per fer front als reptes plantejats, des de SARquavitae s'aposta per un **enfocament sociosanitari** en l'atenció; la introducció d'**innovacions assistencials de component tecnològic més gran**; el desenvolupament de **nous serveis de valor afegit**, especialment en el domicili; el disseny d'**espais arquitectònics** que combinin l'aspecte casolà amb les exigències d'un entorn d'atencions personals i sanitàries determinades, i també per la **construcció d'edificis intel·ligents i bioclimàtics** que afavoreixin el benestar dels residents i els seus familiars, la feina dels professionals i l'estalvi energètic.

En definitiva, SARquavitae treballa per la qualitat en un escenari de sostenibilitat i eficiència, en què els centres residencials han de ser entesos cada vegada més com a **centres de serveis oberts a la comunitat**.

Referències bibliogràfiques

Cliff, B. (2012). The evolution of patient-centered care. *Journal of Healthcare Management*, 57 (2), 86-88.

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. i Stange, K.C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29 (8), 1489-1495.

Filan S. L. i Llewellyn-Jones, R. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 597-611.

Grob, R. (2013). The heart of patient-centered care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (2), 457-465.

Knudstrup, M. A. (2012). La relació entre el disseny arquitectònic i el benestar subjectiu. Rodríguez Rodríguez, A. P. (Coord.). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención* (p. 41-56). Madrid, Fundació Caser per a la Dependència i Fundació Pilars.

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitòria, Gobierno Vasco.

Mata, G. i Carratalá, A. (2007). *Planificació centrada en la persona. Experiència de la Fundació Sant Francesc de Borja per a persones amb discapacitat intel·lectual*. Madrid, FEAPS.

Observatori del Treball de les Illes Balears (2008). *Anuari municipal*. Extret el 26 maig de 2014 des de <http://observatorideltreball.caib.es/>

Observatori del Treball de les Illes Balears (2013). *Anuari municipal*. Extret el 26 de maig de 2014 des de <http://observatorideltreball.caib.es/>

Olivares, P. (2014). *Las 10 mejores aplicaciones de salud para tu smartphone*. Extret el 2 juny 2014 des de <http://www.efesalud.com/noticias/las-10-mejores-aplicaciones-de-salud-para-tu-smartphone/>

Revuelta, I. (2014). *La robótica rehabilita el miembro superior por ictus con garantías*. Extret el 30 de maig de 2014 des de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/actualidad/robotica-rehabilita-miembro-superior-ictus-garantias>

Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, 106. Extret el 19 març 2014 des de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57590>

Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Extret el 16 d'abril de 2014 des de http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf

Rodríguez, P. (coord.) (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Madrid, Fundación Caser para la Dependencia y Fundación Pilares.

Vázquez-Honorato, L. A. i Salazar-Martínez, B. L. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2(2), 57-70.

Weiner, S. J. (2004). Contextualizing medical decisions to individualize care. Lessons from the qualitative sciences. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 281-285.

Autors

ANTONIO CALVO ARA

Aragüés del Puerto, Osca, 1962. Llicenciat en Dret per la Universitat de Saragossa. MBA per Esden, Madrid. Postgrau en Geriatria i Gerontologia per la UIB. Professor en el Postgrau en Gestió de Centres Sociosanitaris i Serveis per a la Dependència. ESB, Universitat Alfons X el Savi. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1992. Des de setembre de 2008 director de Centre Residencial per a persones grans a SARquavitae, actualment a Costa d'en Blanes, Calvià.

AINA MARIA FERRÀ CAÑELLAS

Santa Maria del Camí, 1985. Diplomada en Fisioteràpia per la Universitat de les Illes Balears. Especialista en fisioteràpia de l'activitat física i l'esport. Postgrau en Teràpia Manual Avançada. Fisioterapeuta del Centre Residencial per a persones grans SARquavitae Alcúdia.

ELSA HERRANZ SANZ

Madrid, 1983. Diplomada en Treball Social per la Universitat Complutense de Madrid (UCM). Expert Universitari en Direcció de Centres de Serveis Socials per l'Escola Superior de Postgrau en Ciències de la Salut, Madrid. Expert Universitari en Model Sistèmic Relacional en Tractament Social i Familiar per la UCM. Des de 2006 desenvolupament professional en centres residencials del sector de la dependència. Des de 2011 fins a l'actualitat coordinadora del Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera, 1974. Diplomant en Educació Social per la UNED. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, Màster en Direcció i Administració d'Empreses. Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Professor al Postgrau en Gestió de Centres Sociosanitaris i Serveis per a la Dependència (ESB, Universitat Alfons X el Savi). Vinculat professionalment al món de la intervenció social des de 1994. Ha dirigit el Centre Residencial SARquavitae Palma. Actualment, director del centre residencial SARquavitae Capdepera.

MARÍA JOSÉ SECILLA CASTRO

Palma, 1985. Diplomada en Infermeria per la UIB. Tècnic en Dietètica i Nutrició per ADEMA. Vinculada al sector sanitari des de 2011. Des de 2014 infermera a l'àrea de Diàlisi de l'Hospital Són Llàtzer i infermera del Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

CATALINA MARÍA VANRELL MUNAR

Palma, 1989. Diplomada en Teràpia Ocupacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Rehabilitació Neuropsicològica i Estimulació Cognitiva per l'Institut Guttmann, Badalona. Des de 2011, desenvolupament professional al Servei de Rehabilitació de l'Hospital Universitari Son Espases, Mallorca. Vinculada professionalment a SARquavitae des de 2013 al Centre Residencial Costa d'en Blanes i actualment al Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

MARIÁN VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Barcelona, 1979. Llicenciada en Pedagogia i Diplomada en Educació Social per la Universitat Pontifícia de Salamanca. Màster en Gerontologia per la Universitat de Salamanca. Postgrau en Direcció i Gestió de Centres Residencials i Altres Recursos Gerontològics per la Universitat de Barcelona. Directora del Centre Residencial per a persones grans SARquavitae Alcúdia. Voluntària en Programes d'Acompanyament a Domicili de Creu Roja Espanyola. Formadora en la Universitat de l'Experiència i alfabetitzadora de persones grans en barris marginals de Castella i Lleó. Directora de postgraus universitaris en Direcció i Gestió de Centres Sociosanitaris i docent nivell expert de formacions sociosanitàries.



Universitat de les
Illes Balears



Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2014**



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria de Família i Serveis Socials



**Consell de
Mallorca**

■ Departament de Benestar Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials