

# alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL  
SEGONA ÈPOCA / NÚMERO 38 / DESEMBRE DE 1996



Consell Insular  
de Mallorca

# alimara

Núm 38

Segona Època, desembre de 1996

Edita: Consell Insular de mallorca

Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat

General Riera, 67

07010 Palma

Tel.: (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Portada: Vellesa i Família

Pere Alemany

Maquetació i Impressió: Maringraf, S.L.

Dipòsit Legal: PM - 128 - 1997

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

---

**5 PRESENTACIÓ**

---

**6 POLÍTICA SOCIAL**

- 7 *L'acció social a la Ciutat de Palma: Reflexions per un debat.*  
Guillem Riera Colom.
- 15 *Competències en matèria de benestar social.*  
Lluís Ballester Brage.
- 

**24 MARGINACIÓ**

- 25 *L'hospital de Nit de Palma: Realitat i perspectives a partir de la Memòria de 1995.*  
Miquel Àngel Maria i Ballester.
- 

**58 GENT GRAN**

- 59 *Les petites unitats de convivència.*
- 59 *Una casa com a casa.*  
Robin Currie.
- 61 *Les petites unitats de convivència: les alternatives del Grup Salmó.*  
Bartomeu J. Barceló Ginard.
- 68 *L'alternativa de l'allotjament.*  
Tòfol Sastre Ramis.
- 71 *L'abandonament i maltractaments a les persones velles que viuen en medi obert.*  
Julià Baltasar, Nofre Bisbal, Margalida Roig, Joan Antoni Salas.
- 79 *Intervenció psicossocial a la Mancomunitat del Pla de Mallorca a l'àmbit de la vellesa.*  
Bartomeu Barceló i Joan Antoni Salas.
- 

**92 INMIGRACIÓ**

- 93 *El servei d'Integració d'Immigrants.* José Luis Frau Monterrubio
- 

**98 INSERCIÓ SOCIOLABORAL**

- 99 *Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears. Programes i serveis.*  
Equip Tècnic
- 

**104 TOXICOMANIES**

- 105 *Comissió de Control de Consum. Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca.*  
M<sup>a</sup> Jesús de la Escosura del Prado, Cristina Mayol i Quetglas, M<sup>a</sup> Luisa Moro Velasco,  
Maciana M<sup>a</sup> Bibiloni i Trobat, Matilde Borrás i Ripoll, Mercedes Caffaro Rovira.
- 113 *Intervenció terapèutica en la problemàtica alcohòlica «Model piramidal».*  
Manuel Caparrós
- 117 *La teràpia de grup en el tractament de l'alcoholisme.*  
M<sup>a</sup> Julia Monge Cañellas.
- 

**122 SIDA**

- 123 *Sida: Conductes de risc i intervencions preventives. Usuaris de drogues per via parenteral.*  
Maria Isabel Gelabert Vich.
- 

**136 DOCUMENTS TÈCNICS**

- 137 *Pla de Formació (1996-99) de la Comissió de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca.*  
Unitat de Formació
-



---

## PRESENTACIÓ

*Aquesta revista, normalment, no sol ser monogràfica: gairebé sempre presenta diferents continguts que anam agrupant en blocs temàtics. Des del número 34, que encetà la segona època, n'hi ha hagut un, el 35, que ho fou ja que hi havia un motiu prou interessant, com era la informació documental produïda per les ponències i les comunicacions realitzades per a les Jornades sobre els Serveis Socials d'Atenció Primària a les Illes Balears.*

*Aquest número 38 segueix sense ser monogràfic però l'apartat de Gent Gran té una especial rellevància, sobretot pel fet que dia 1 d'octubre va ser el Dia Internacional de les Persones Majors, dia commemoratiu instaurat per les Nacions Unides. Per aquest motiu, l'Equip de Vellesa i Família (EVF) d'aquesta Comissió de Benestar Social ens ha aportat tot un seguit d'articles que vénen a ser el granet d'arena de la revista i del dit equip per a aquesta commemoració.*

*Fins i tot, el quadre que encapçala la revista des de la portada ha estat creat expressament per a una campanya per donar a conèixer l'EVF i els seus projectes, tot emmarcat dins la data mencionada.*

*Completen la revista dos articles d'anàlisi de les competències de Serveis Socials de les diferents administracions a l'apartat de Política Social. La memòria de l'Hospital de Nit, al Bloc de Marginació. El Servei d'Integració d'Immigrants. Una col.laboració de la Coordinadora de Minusvàlids al Bloc d'inserció sociolaboral. Tres articles, un sobre prevenció del consum de drogues i els altres dos sobre tractament de l'alcoholisme, que conformen el Bloc de Toxicomanies. El segueix un article sobre la SIDA i tanca el contingut d'aquest número el Bloc de Documents Tècnics on presentam el Pla de Formació 1996-99 d'aquesta Comissió de Benestar Social.*

*Aquesta és la tercera vegada consecutiva que el bloc de Política Social obri els continguts d'Alimara. En aquest número presentem dos articles diferents, però que coincideixen en l'anàlisi dels problemes de l'actual situació d'indefinició en la distribució de competències en matèria d'acció social entre les institucions, fet que produeix situacions de dispersió i descoordinació. El que separa els dos articles és l'àmbit geogràfic del qual parteixen: «L'acció social a la Ciutat de Palma: Reflexions per a un debat», de Guillem Riera, com el seu títol molt bé indica, parteix de la realitat social de la nostra capital; en canvi l'article «Competències en matèria de Benestar Social», de Lluís Ballester, emmarca l'anàlisi en el si de la globalitat de les nostres Illes.*

*En definitiva, dos articles que posen sobre la taula elements desestructurants de la situació de l'acció social actual a les nostres Illes i que ens poden donar elements d'anàlisi per a, entre tots, trobar possibles sortides a les mancances que ambdós articles ens presenten.*

---

---

# L'ACCIÓ SOCIAL A LA CIUTAT DE PALMA: REFLEXIONS PER A UN DEBAT

**Guillem Riera Colom,**  
*Director d'Acció Social.*  
*Ajuntament de Palma*

El sistema d'Acció Social que s'ha anat configurant en els darrers 10 anys presenta tota una sèrie d'incògnites que cal resoldre al més aviat possible. La situació actual no permet ser gaire optimistes de cara a un futur pròxim. És necessari obrir un debat al respecte, ja que els efectes d'aquesta situació (manca de Planificació, ordenament i finançament, dispersió i descoordinació) generen una perversió preocupant en el sistema públic d'Acció Social, que té en particular uns efectes immediats sobre la Ciutat de Palma.

El següent treball pretén exposar de forma breu i clara aquesta situació.

## **I.- ANTECEDENTS**

Després de més de 15 anys d'exercici democràtic al govern municipal, la corresponent incorporació dels Serveis Socials com a serveis propis de l'Ajuntament ha suposat inevitablement un canvi quantitatiu i qualitatiu sobre el **model de Ciutat** que s'ha anat configurant: per una banda s'ha creat i consolidat una xarxa pública preventiva i assistencial, amb un extens catàleg prestacional, i per altra s'ha apostat clarament per un **model tècnic i professionalitzat** d'atenció a la problemàtica social i, en concret, al ciutadà.

Ambdós aspectes han estat i són permanentment objecte de debat tot dependent de les valoracions que en facin els diferents agents socials i col·lectius directa o indirectament afectats. Al llarg de la no tan curta història dels Serveis Socials Municipals (1979-1996) hi ha hagut etapes evolutives de creixement, consolidació, recessió, i manteniment determinades tant per la sensibilitat política local com per la situació conjuntural socioeconòmica d'àmbit més general.

De l'anàlisi d'aquest procés evolutiu i de les circumstàncies que l'han acompanyat, se'n poden fer moltes valoracions, objecte d'altres treballs ja coneguts, però el que no es pot obviar és el fet que en un breu període de temps la ciutat de Palma ha configurat un **sistema públic de serveis socials municipals** difícilment irreversible. Aquest fet, que personalment valor molt positivament i que és comú a moltes ciutats de la resta del país, obri un repte de futur molt important que fa

referència bàsicament a quines han de ser a partir d'ara les actuacions municipals en matèria de serveis socials, una vegada assegurada una xarxa pública estable, i que èticament han d'anar més enllà d'un «políticament correcte» manteniment.

Es tracta de plantejar-se quin model de ciutat volem, quin és el paper de l'administració i quin és el paper de la comunitat en el disseny d'aquest model, per tal d'aconseguir un equilibri de forces que permeti sentir-nos més a gust en l'espai natural on vivim i treballam, bé sigui des de l'Administració, bé sigui des de la pròpia societat civil, harmonitzant els interessos d'uns i dels altres perquè, en definitiva, aquest és l'objectiu final en qüestió: aconseguir una ciutat més saludable, solidària i justa.

Sempre sembla ser més senzill identificar problemes i necessitats socials en el terreny conceptual que en l'operatiu i les Institucions es conformen sovint en l'anàlisi d'aquestes necessitats sense entrar en el seu dimensionament quantitatiu i amb l'ajuda dels tècnics si cal- per la qual cosa es fa difícil estructurar correctament les respostes.

Aleshores, és imprescindible fer una **reflexió** sobre alguns dels elements més determinants a l'hora de dissenyar futures actuacions i que, com veurem, afecten diferents àmbits i nivells: competencials, econòmics, tècnics i socials.

## 2.- APROXIMACIÓ AL DIAGNÒSTIC

Es curiós, però darrerament tenc la sensació que l'aspecte competencial, juntament amb l'econòmic, estan constantment estorbant el discurs tècnic que hauria de ser l'autèntic objecte de treball dels professionals. Tanmateix, és inevitable.

Malauradament la **tragèdia** és aquesta: avui per avui no podem plantejar-nos gaire cosa dins el sistema públic de Serveis Socials sense haver de recórrer inexorablement al debat, ja històric i tòpic, de les competències funcionals i econòmiques.

I dic tragèdia perquè no pot dir-se d'altra forma. Després de més de 10 anys de la Llei d'Acció Social, continuam sense tenir clares les funcions de les **quatre administracions** que intervenen en l'àmbit del sistema de protecció social en la nostra Comunitat Autònoma (CA), sense haver aconseguit uns **mínims de coordinació** i, en definitiva, **sense haver donat resposta a les necessitats socials del nostre territori de la forma més eficaç i eficient possible.**

El **diagnòstic inicial** que motivà la redacció de la Llei no ha variat gaire després de 10 anys: **dispersió funcional, descoordinació, manca de planificació, manca de recursos, duplicitats**, etc., la qual cosa no ens permet ser optimistes. És cert que hi ha coses fetes, però són per mor d'actuació públiques puntuals i conjunturals, i dels **esforços d'entitats sectorials sense ànim de lucre** (discapacitats, drogues) que malgrat la pràctica inoperativitat de la Llei s'han anat consolidant. En absolut **fruit d'una planificació i ordenament del sistema públic.**

La **responsabilitat pública** no ha tengut una **materialització pressupostària** que permeti un desenvolupament progressiu i conseqüent dels serveis, recursos i prestacions ajustats a les necessitats, i, a hores d'ara, el dèficit acumulat en aquest sentit és un llast que arrossegam tots els municipis. Com a tècnic municipal no record cap **espai de treball interinstitucional** on haguem parlat seriosament sobre el que ens toca fer a cadascú i de com s'ha de fer. La política del «laissez-faire,



---

laissez passer» ha estat la tònica dominant, amb les conseqüents distorsions i perversions del sistema d'acció social: **confusió generalitzada i precarietat en els serveis**.

En conseqüència, la metodologia institucional emprada fins al moment no és la correcta. No podem continuar resolent les situacions de forma fragmentada i puntual. **És necessari un abordatge global i integral del sistema d'Acció Social**. És necessària una **planificació i un ordenament competencial** d'acord amb la Llei d'Acció Social (Reglamentació), un estudi de necessitats i el disseny corresponent de programes d'actuacions compactades des de les distintes administracions: Pla d'Actuació Social de la CA (o el Pla quadriennal corresponent), Pla Estratègic d'Actuació Social del Consell Insular de Mallorca (CIM) i Pla Estratègic Municipal.

Una vegada **consensuats** aquests documents bàsics, es podrà passar al disseny pertinent de **programes sectorials d'àmbit autonòmic** i local: drogues, salut mental, gent gran, discapacitats, infància, etc., i al disseny transversal d'actuacions generals: Pla Autonòmic de lluita contra l'exclusió social, Pla Municipal d'Atenció primària, etc.

Mentre **políticament** CA i CIM no siguin capaços de resoldre definitivament aquest buit de planificació i ordenament del sistema públic d'Acció Social, qualsevol **intent unilateral d'estructuració tècnica municipal** està condemnada a patir la soledat, incomprensió, indiferència, que sovint patim a l'Ajuntament de Palma a l'hora d'engegar actuacions i de fer propostes al respecte.

### 3.- PALMA, CAPITAL

L'encapçalament d'aquest apartat no és un eufemisme, és la constatació òbvia d'una realitat que té unes repercussions significatives en el desenvolupament del sistema d'Acció Social de la nostra Comunitat. Palma concentra en el seu municipi la majoria de població resident de l'illa (330.000 hab) i **la majoria de població amb situació de necessitat susceptible de ser afectada des dels Serveis Socials**. Lògicament, s'hi ubiquen, a més dels Serveis Municipals d'Atenció Primària generals i específics, serveis i recursos assistencials de caire supramunicipal adreçats a tota la població de les Balears. Són serveis que depenen de distintes administracions -central, autonòmica, insular- a més dels ofertats per CARITAS i un nombrós col·lectiu d'ONG's.

Aleshores, ens trobam amb una oferta gestionada indistintament per **tres xarxes d'Atenció Primària assimilades** -CARITAS, INSALUD, i Ajuntament- amb un **catàleg prestacional** difícil de consensuar, amb interseccions que poden generar duplicitats i confusió. En conseqüència, el **ciutadà** gaudeix de tres «finestres» per entrar en el **sistema públic de protecció social d'atenció primària**. Hem de coincidir en què, almanco metodològicament, aquesta no és la millor situació possible.

Pel que fa a la xarxa d'atenció secundària -serveis residencials i especialitzats- la situació no és distinta. Posem, per exemple, el cas de l'oferta residencial per a la gent gran: places municipals, Llar d'Ancians del CIM, INSERSO, CARITAS, privades i privades subvencionades, insuficients i a més descoordinades. I podem trobar sense problemes exemples en cada sector de població.

---

Malgrat les valoracions en positiu que d'una oferta plural com aquesta es puguin desprendre, no ens enganyem: **tècnicament suposa una despesa de coordinació exagerada i un dèficit d'eficàcia important.**

#### **4.- EL SISTEMA D'ACCIÓ SOCIAL**

Tanmateix, la peculiar configuració de l'actual sistema d'acció social no acaba aquí. A la situació exposada amb anterioritat, cal afegir-hi altres aspectes que agreugen més la situació a ciutat:

- la lenta i dificultosa dinàmica de la **transferència de competències** des de l'Administració central (acaben d'arribar les d'INSERSO, esperam les corresponents a EDUCACIÓ i INSALUD);

- la **dinàmica interna de transferències** entre CA, CIM i Ajuntaments (Ajuda a Domicili, Menjador de Transeünts, escoleta d'infants, beques de guarderia i menjador, etc.);

- l'actual **dispersió competencial i sectorial** entre les Conselleries del Govern Balear (menors a Interior, drogues a Sanitat, i Acció Social a Governació);

- la permanent **confusió entre l'oferta pública i la privada** sense ànim de lucre (discapacitats, marginació crònica, drogues) amb un reconeixement institucional no sempre formal i efectiu;

- la **politització indiscriminada** i sovint mediatitzada per la pressió dels «mass-media» de determinades línies d'actuació (Salari Social/ Suport Transitori Comunitari, minories ètniques, marginació residual, iniciatives comunitàries formatives i ocupacionals, etc.);

fan imprescindible un ordenament i una **actualització estructural planificada del mapa de serveis i en general del sistema de provisió de serveis**. La ciutat de Palma necessita urgentment solucions al respecte.

##### **4.1.- De les Competències**

La definició que fa la **Llei d'Acció Social** de les competències necessita urgentment una **reglamentació**. Ara per ara, són susceptibles de massa interpretacions. I em referesc a la «lletra petita», perquè hi ha competències que són prou clares: planificació i ordenament del sistema, garantir el 6% del pressuposts, reserva urbanística, espais de participació, etc, per citar-ne algunes. La reglamentació ha de servir per **materialitzar el sistema d'Acció Social**, ha de dir clarament què és el que ha de fer cada administració, **quins són els mínims i els òptims, ha de**

---

**parlar de ratios, de necessitats, de mapes de serveis i recursos, d'oferta pública i privada, de finançament i de calendari.** En definitiva, ha de ser un **compromís públic** que garanteixi la **responsabilitat pública en la provisió de serveis.**

#### 4.2.- Del finançament

Fa poc que llegia a un diari local que cada ciutadà de la nostra Comunitat rep de l'Estat una mitjana de 42.000 PTA i que, aviat, ens aproximarem a les 56.000. Automàticament hem vaig preguntar, quina part d'aquests diners es destina directament al Sistema d'Acció Social? **Quina és la despesa per habitant en matèria d'acció social?** Què rebem els Ajuntaments per aquest concepte?

És hora que s'obri un debat al respecte. És hora que es faci un estudi seriós de les **necessitats socials dels habitants d'aquesta Comunitat i dels recursos que s'hi dediquen.** És hora, en definitiva, que posem enmig els pressuposts degudament desglossats, per grups de població en situació de necessitat, i que facem un recompte general. Què hi posa l'Administració central, què hi posa la CA, què hi posa el CIM i que hi posa l'Ajuntament.

I podem començar fent-ho a través d'un cas pràctic. Anem a veure com ha anat una de les poques línies clares de finançament extern en matèria de serveis socials que hem tengut els Ajuntaments fins al moment: **El Pla Concertat per al desenvolupament de Prestacions bàsiques (PPB).**

Aquest és un Pla que es va iniciar l'any 1988 i que pretenia assegurar el compliment de **les obligacions que en matèria de serveis socials tenen les corporacions locals** d'acord amb la Llei Reguladora de Bases de Règim local, **a través de la cooperació tècnica i econòmica del propi Estat i les Comunitats Autònomes.**

L'articulació formal d'aquest Pla es fa a través de la fórmula de conveni administratiu entre l'Administració Central i la Comunitat Autònoma corresponent. Aquests convenis-programa estableixen quatre compromisos bàsics:

- **Compromisos de Cofinançament**
- Compromisos de Gestió
- Compromisos d'Informació
- Compromisos d'Assistència tècnica.

Quant al tema que ens ocupa, centrem-nos en el primer, referent al cofinançament.

Els **critèris** d'aquest cofinançament es basen en la **subsidiarietat** i la **corresponsabilitat** de les distintes Administracions. Així, l'Administració central es compromet a destinar una consignació específica en els pressuposts generals de l'Estat, les Comunitats Autònomes es comprometen a aportar una quantitat igual o superior i les Corporacions locals ho faran d'acord amb les seves «especials circumstàncies» en cada cas, sempre determinades per la pròpia CA.

Si miram el conveni-programa corresponent a la nostra CA, observarem una **peculiar diferència** amb la resta de Comunitats: els **critèris comuns es modifiquen** i l'aportació de la CA es fa a mitges amb el CIM, que aquí curiosament està al mateix nivell d'una Comunitat autònoma i no d'una Corporació local més, quan la **lògica administrativa i jurídica** seria que així fos.

---

Evidentment, això té un **efecte pervers** en el sistema de finançament, ja que la càrrega financera del Pla recau bàsicament sobre els Ajuntaments, desvirtuant l'objecte i el sentit del Pla concertat.

A la CA de Canàries, on hi ha els «cabildos» insulars, per mencionar una situació territorial anàloga, sí s'ha respectat la lògica abans esmentada.

Les conseqüències d'aquesta situació són clares pel que fa a l'Ajuntament de Palma. D'acord amb la previsió realitzada en el Conveni signat l'any 1992 entre CA, CIM i l'Ajuntament per al desenvolupament d'una xarxa de prestacions socials bàsiques, el **mapa de cobertura previst** en el període 92/95 ha estat clarament **deficitari**, havent d'aportar el propi Ajuntament part del dèficit acumulat, complint això sí, les previsions de cobertura.

Si bé el PPB és un exemple significatiu del model de finançament del sistema d'acció social a la nostra CA, ho són, també, pràcticament tots els altres **Plans nacionals** que reverteixen a Balears: Pla Nacional Gitano, Pla Gerontològic, Pla Nacional de Drogues, Pla 0-3 anys, Borsa de Vivenda, etc., tot i desconèixer l'aportació efectiva corresponent del pressupost ordinari de la CA, d'acord amb els criteris de cofinançament que preveuen tots els convenis-programa nacionals esmentats.

Independentment d'aquesta via de finançament externa, el que cal és saber quins són els **pressuposts ordinaris propis** de cada Administració en matèria d'Acció Social i en concret els adreçats a la **lluita contra l'exclusió social**, tant de caire preventiu com assistencial, importants **línies correctores de les desigualtats socials**.

En aquests moments, els criteris de cofinançament i corresponsabilitat brillen per la seva absència. En realitat, funciona una **dinàmica de fets consumats**, a través de la qual l'Administració, que per una raó o altra, entra en el finançament d'un servei, simultàniament adquireix l'obligació tàcita de continuar amb la despesa. L'Ajuntament de Palma coneix de prop aquesta dinàmica, doncs per ser **Administració local, la més propera al ciutadà**, ha d'assumir la responsabilitat de cobrir les necessitats detectades sovint sense poder fer una anàlisi prèvia de si efectivament li correspon, o almanco poder negociar-ho.

Desgraciadament, aquesta situació augmenta la **perversió del sistema** ja que va en detriment de les autèntiques **competències municipals**, reduint-se les **actuacions de caire preventiu i comunitari, pròpies d'atenció primària**.

Si l'Ajuntament tengués el **cofinançament** corresponent, o bé li hagués la **participació** adient per part de les altres Administracions, els esforços econòmics que ara dedicam a mantenir serveis i recursos especialitzats supramunicipals, **podrien destinar-se íntegrament a les actuacions pertinents** abans expressades.

#### 4.3.- Del Sector privat

Optar per un **model mixt, relacional**, és un repte per part de les Institucions. Sempre he defensat la **responsabilitat pública en la provisió de serveis** que afectin les necessitats bàsiques i primàries, però a partir d'aquí s'obri un ventall immens d'alternatives per completar el **sistema de producció**.

---

La pròpia Llei d'Acció Social contempla amb molt bon criteri la confluència dels dos sectors en el sistema, tant el públic com el privat sense ànim de lucre. Un model mixt permet una **gestió més racional, eficaç i eficient dels recursos**, a més de mobilitzar el teixit social. Al principi ja he comentat la necessitat que aquestes **relacions** estiguin **ordenades** i tinguin un **marc reglamentari** propi (Decret de Regulació del Sistema d'Acció Social, ordenació dels serveis i establiments) per així poder gaudir del suport públic necessari.

És un fet que, gran part del **sector privat sense ànim de lucre**, se sent poc reconegut i recolzat, quan efectivament desenvolupen una **tasca insubstituïble** en els diferents sectors de població: discapacitats, toxicomanies i SIDA, salut mental, etc. Però en aquest sentit i per evitar agravis comparatius cal destriar «la palla del gra», i això és competència de l'Administració.

Hi ha fórmules administratives -contractació externa, convenis i concerts, etc.- que poden garantir la **consolidació i continuïtat de les actuacions**.

Personalment, som de l'opinió i vista l'experiència, que el **respecte** cap a aquest sector de producció **permet una gestió més eficaç dels recursos**, sempre que l'Administració no persegueixi «duros a quatre pessetes», evitant les baixes temeràries en l'oferta de serveis, i ajustant les condicions a les públiques. Aleshores, **el repte és la gestió**.

#### 4.4.- De la Participació.

Malgrat l'arbre sigui molt gros, no hem de deixar de veure el bosc. L'augment constant d'actuacions des de la **societat civil**, d'iniciatives solidàries, d'ONG's reclamant un espai o bé ocupant-ne d'altres desatesos, etc., no és aliè a la situació general abans descrita. Més aviat crec que n'és una conseqüència lògica. Mentre les Administracions discuteixen qui fa què, la societat es mobilitza i tracta de donar solucions operatives. Aquest fet no pot passar desapercbut per les Administracions, i polítics i tècnics n'hem de prendre nota. No es tracta de **confrontar dos possibles models**, exceptuant el **demagògic**, sinó de **complementar-los**.

Estic parlant d'Entitats ciutadanes que tenen una funció representativa i reivindicativa vers l'Administració. Associacions de veïns, grups d'afectats, moviments sindicals, grups de professionals i ciutadans en general que **reclamen un espai d'interlocució amb les Institucions**. Encara que sigui una obvietat, **no podem viure d'esquena a la realitat**. El moviment associatiu i la participació són elements inseparables. El sistema d'Acció Social, d'acord amb la Llei, preveu uns espais que cal dimensionar correctament. Els **Consells d'Acció Social** (Superior, Insular i Municipal) han de dotar-se de contingut i convertir-se en **elements dinamitzadors de la política social**.

Malgrat disposem tècnicament dels instruments i mecanismes de detecció adequats, difícilment prendrem el **pols a la realitat** si no incorporam en les dinàmiques de **planificació i programació** les **demandes i necessitats** expressades pels propis afectats. Aquest és un altre repte encara pendent i que des de l'Ajuntament hem d'articular conseqüentment.

Com comentava al principi d'aquest document, tot depèn del model de ciutat que vulguem. La **participació ciutadana** en el disseny d'aquest model l'enriqueix i li dóna consistència, en definitiva el **legítima**.

---

## 5.- CONCLUSIONS

He titulat aquest document «reflexions per a un debat». Al llarg del discurs he intentat fer un breu repàs a la **situació del Sistema d'Acció Social** i la seva repercussió a la ciutat de Palma. Sempre des del punt de vista que em pertoca, que és el **gerencial**.

No voldria deixar una sensació de «tirar pilotes a fora». De fet, en absolut és el meu interès. Crec que l'**Ajuntament de Palma pot millorar molt en matèria d'Acció Social** i no deixaré d'expressar-ho. Però també és cert que l'**esforç inicial** realitzat per a la creació d'una **xarxa municipal de serveis socials no ha estat recolzada suficientment** per les administracions corresponents.

No repetiré el que ja he comentat abans, simplement vull fer una darrera reflexió des de la més absoluta modèstia que em permet l'experiència adquirida durant tots aquests anys.

Palma no ha de mantenir el **doblet cost** que suposa ser la **ciutat amb més població**, i per altra banda la **capital** de la Comunitat Autònoma. Tots saben que hi ha situacions de necessitat que tenen més a veure amb el segon aspecte que amb el primer. Aleshores, les **Institucions supramunicipals** han de ser **solidàries** amb aquest fet. Així ho preveu la legislació pertinent i així ho han de reflectir els acords interinstitucionals.

A través de l'exercici diari del lloc de feina on treball, he arribat a la **conclusió** que tenim una **ciutat que permet abordar amb certa facilitat i garantia la problemàtica social que es genera**. Ho dic després d'haver fet l'exercici de no només identificar problemes i necessitats en el terreny conceptual i sí de fer-ho, també, quantitativament.

Estic convençut que si som capaços de fer un **abordatge conjunt** entre les distintes Administracions, de **forma solidària i responsable**, amb la conseqüent materialització i provisió prestacional, les **situacions de necessitat i exclusió social de la ciutat de Palma minvarien significativament**.

Assumim el repte?

---

# COMPETÈNCIES EN MATÈRIA DE BENESTAR SOCIAL

Lluís Ballester Brage

## ***1. L'ambigüitat actual de la distribució de les competències***

Avui dia, la relació entre el govern de la CAIB i els consells passa per uns moments difícils, tal com es pot esperar d'una situació de canvi que no està associada al creixement i que es complica per les majories polítiques diferenciades. Els pressupostos públics estan congelats i encara no s'ha tancat el procés de definició de competències, cada un dels interlocutors tensa la corda cap al seu cantó reclamant més espai, més competències; en definitiva, més presència i protagonisme. Es trencarà la corda i la relativa complicitat, o bé en ressorgirà una relació més enfortida després de les tensions?

Efectivament, des de fa uns pocs anys assistim a un debat que, de vegades soterradament, altres de manera explícita, polaritza les posicions.

La diversitat de formes organitzatives i les contradiccions no són, però, les úniques ventades que bufen sobre aquesta difícil articulació de competències. En aquesta perspectiva cal dir que l'element problemàtic dels consells insulars, i especialment del Consell Insular de Mallorca, no ha estat el seu contingut, que correspon a una administració de segon grau que ha de superar la capacitat organitzativa i d'oferta dels municipis i aconseguir un àmbit adequat de planificació i de programació democràtica insular; sinó la concurrència al territori amb els serveis del Govern i amb la seva seu central, el que fa perdre identitat pública i, sobretot, complica les seves relacions de mediació amb les entitats municipals.

A Mallorca qualsevol anàlisi sobre el Consell Insular ha de partir d'un seguit de fets que avui estam en condicions d'objectivar. Són els següents:

- a. Un clar plantejament d'oposició, a molts ajuntaments, a tota administració que vulgui fer qualche cosa més que repartir recursos, sentiment acompanyat d'una tradició local reivindicativa.
- b. Una manca d'ordenació territorial d'àmbit supramunicipal, amb processos de comarcalització diversos i no coincidents.
- c. La Llei de Consells Insulars ha definit el règim jurídic dels consells, obrint el procés de redistribució de competències a nivell insular. Però, els consells no arriben a ser una part essencial de l'estructura autonòmica, sinó que, a vegades, s'han

---

volgut interpretar com a un poder competidor, el que fa aparèixer un sistema binari d'organització administrativa.

d. Consideració del Govern com a organització dominant, però oblidant que la Comunitat Autònoma és una comunitat de poders polítics format per un conjunt d'administracions i que la construcció de consens és fonamental.

e. Interès per part del Govern (Direccions Generals responsables) pel control directe de la gestió d'alguns serveis sectorials (sectors de minusvàlids, drogues i menors, especialment), portant en la pràctica a una situació de tractament radicalment diferent segons sectors.

Seguint el model de la Llei de Règim Local, als Consells Insulars els correspon les competències pròpies que els atribueixin les Lleis de l'Estat i de les Comunitats Autònomes, competències que hauran d'estar en relació amb els principis de solidaritat i equilibri intermunicipal, i referides als diferents sectors de l'acció pública local. En aquest sentit, cal aclarir que el marge de discrecionalitat del legislador estatal o autonòmic és gran, però que, en tot cas, la distribució competencial que s'hagi de fer ha de connectar-se amb el criteri d'interès que limita expressament una atribució aleatòria i indeterminada de funcions i àmbits d'actuació.

Actualment dins l'àmbit de la gestió de serveis cal distingir dos nivells, tot el conjunt d'ofertes de complementació i suport a l'atenció primària i l'atenció especialitzada, el primer dels quals és competència plena del CIM, quant a programació i gestió <sup>1</sup>, hi col·labora financerament i amb suport tècnic l'Administració de l'Estat (Pla Concertat de Prestacions Bàsiques) i el Govern de la CAIB. El nivell especialitzat és de competència concurrent i la provisió, llevat de casos específics que són competència del Govern de la CAIB -tals com l'acolliment i l'adopció de menors o els serveis per a persones amb disminucions- és de responsabilitat compartida i, de vegades, no clarament establerta -serveis per a persones majors, per exemple-.

En tot cas, als Consells Insulars els correspon la coordinació dels serveis municipals entre si per garantir la prestació integral i adequada, en la totalitat del territori insular, dels serveis de competència municipal, així com la gestió directa o concertada dels serveis socials d'àmbit supramunicipal, d'acord amb l'article 18 de la Llei d'Acció Social.

## **2. Competències del Govern**

La competència exclusiva, que li atribueix la Constitució, suposa que el Govern té plena potestat legislativa, potestat reglamentària, direcció política. Això vol dir que el Govern pot legislar directament en aquesta matèria sense haver-se de subordinar a la normativa estatal; el Govern pot i ha d'organitzar els serveis socials d'acord amb la seva pròpia política organitzativa i d'acord amb els seus propis mitjans i finalitats, etc.

La definició de les competències ha de tenir present que encara no s'ha completat el procés de transferències, de tal manera que tot el que es refereix a



---

l'INSERSO encara resta per definir.

Igualment s'ha de tenir present que hi ha una sèrie de prioritats relacionades amb algunes notables deficiències a l'estructura del sistema de serveis socials de la CAIB i que és competència del Govern superar-les:

2.1.- Completar el procés de reforma administrativa, unificant en una única conselleria les diverses competències de Benestar Social i superant la dispersió administrativa actual. La unitat de criteri polític, l'increment de substantivitat política, i, potser també, de transcendència pressupostària que la nova conselleria de Benestar Social han de permetre, són fonamentals per poder arribar a la constitució del sistema públic de serveis socials.

2.2.- El desenvolupament normatiu de la Llei d'Acció Social (per exemple: mitjançant una lleï d'ordenació administrativa dels serveis socials i de les prestacions socials; una regulació dels criteris d'acreditació i homologació dels mínims de qualitat, coordinació de les prestacions econòmiques, etc.) i de la Llei de Consells Insulars.

El que això possibilitarà és la definició del mínim d'oferta pública, el desenvolupament de les competències de cada nivell de l'administració, la consolidació pressupostària i de les dotacions de personal, la possibilitat de coordinació eficaç i una millora de la integració dels recursos existents (humans, locals, etc.). Igualment, resten per desenvolupar la normativa relativa al l'Ajuda a Domicili, Voluntariat, etc.

2.3.- L'Ordenació territorial de les competències, considerant els nivells supramunicipals (zones i/o comarques), donant un reconeixement normatiu a aquestes unitats territorials per tal de poder fer una planificació de les dotacions segons un patró de xarxa, des dels nivells més bàsics fins a l'atenció especialitzada.

Millorar el sistema de coordinació de l'oferta pública, potenciant la Comissió de Coordinació d'Acció Social (art. 30 de la Llei d'A.S.), evitant la proliferació de convenis puntuals de coordinació. Assolir la plena coordinació de serveis, mitjançant fórmules estables que superin l'eventualitat dels convenis.

2.4.- Concloure, presentar, dotar pressupostàriament i implementar tots els plans sectorials pendents: DROGUES <sup>2</sup>, PERSONES MAJORS, INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA, FAMÍLIA i SIDA.

Iniciar els treballs per poder realitzar els de MINORIES ÈTNIQUES, IMMIGRACIÓ INTERNACIONAL I DISMINUCIONS.

Dotar econòmicament, desenvolupar la normativa i impulsar que l'administració assumeixi als seus plans el conjunt de propostes del Pla d'Igualtat d'Oportunitats de les DONES, per tal que deixi de ser un pla retòric.

Desenvolupar el Pla de JOVENTUT, especialment pel que fa als aspectes socials.

Pràcticament tots aquests plans són interdepartamentals, de tal manera que s'han de desenvolupar els acords entre els diversos òrgans de l'administració competents, és especialment important l'articulació amb sanitat (conselleria i INSALUD), educació (conselleria i delegació provincial MEC), treball (Conselleria d'Economia i Hisenda, especialment programes europeus i inserció sociolaboral).

## 2.5.- Desenvolupar el compromís de definició de l'àmbit sociosanitari.

Finalment, a més del que estableix l'article 14 de la Llei 9/1987 d'Acció Social, sobre competències del Govern de la Comunitat Autònoma, des de l'any 1992, la competència exclusiva, definida a la Constitució resta regulada per la LLEI ORGÀNICA 9/1992, de 23 de desembre, de transferència de competències a Comunitats Autònomes que accediren a l'autonomia per la via de l'article 143 de la Constitució. Es transfereixen a la Comunitat Autònoma de Balears entre d'altres, les següents competències:

Art. 4.- L'execució de la legislació de l'Estat en: c) La gestió de les prestacions i serveis socials del Sistema de Seguretat Social: INSERSO.

Art. 5.- La competència exclusiva en la matèria de: a) Institucions públiques de protecció i tutela de menors.

Art. 16.1.- La transferència en la gestió de les prestacions de l'INSERSO, comprendrà les següents facultats:

a) Gestió de centres, serveis i establiments.

b) Gestió de prestacions socials del Sistema de Seguretat Social.

Art. 16.2.- Estableix les condicions a les quals restarà subjecte l'exercici de les competències sobre la determinació de les prestacions, els requisits, finançament, seguiment, avaluació i planificació.

Art. 19.- Es transfereix a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, la competència de desenvolupament legislatiu i execució de l'ensenyança en tota la seva extensió, nivells i graus, modalitats i especialitats, amb reserva de l'Estat de les facultats que li atorga el núm. 30 de l'apartat 1 de l'article 149 de la Constitució.

Art. 20.- Determina les condicions per exercir l'anterior competència.

### **3. Competències dels consells insulars**

Segons la Llei de Bases de Règim Local 7/85, de 2 d'Abril, són competències pròpies dels Consells Insulars les que assenyala l'art. 36:

a.- La coordinació dels serveis municipals entre si per tal de garantir-ne la integral i adequada a la totalitat del territori insular, tot assegurant l'accés de la població de l'illa, al conjunt de serveis mínims de competència municipal.

b.- L'assistència i la cooperació jurídica, econòmica i tècnica als municipis, especialment als de menor capacitat econòmica i de gestió.

c.- La prestació de serveis públics de caràcter supramunicipal.

Segons l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears a l'Art. 39.- Els Consells Insulars, a més de les competències que els correspon com a Corporacions

---

Locals, tindran la facultat d'assumir dins el seu àmbit territorial la funció executiva i la gestió en la mesura en la qual la Comunitat Autònoma assumirà competències sobre aquestes, d'acord amb aquest Estatut, entre d'altres matèries: (apartat 7) Assistència i serveis socials <sup>3</sup>. Promoció social de la infantesa, la dona, la família, la tercera edat, els minusvàlids físics, psíquics i sensorials. Entitats benèfiques i assistencials.

El conjunt de competències, definides a l'article 15 de la Llei 9/1987 d'Acció Social i concretades al llarg d'aquests darrers anys, es pot resumir de la següent manera:

### **3.1.- OFERTA DE SERVEIS**

Són competència seva tots els serveis de suport a l'atenció social primària i els serveis específics i especialitzats d'àmbit supramunicipal de tots els sectors, excepció feta dels ja dits (protecció jurídica de menors, especialment).

**a. Competències pròpies, atribuïdes per la legislació sectorial** en matèria de serveis socials (especialment: art. 15 de la Llei 9/1987, d'Acció Social) <sup>4</sup>.

**b. Competències delegades pels municipis o l'administració del Govern Balear** <sup>5</sup>. Tal com es preveu a l'art. 39 de l'Estatut d'autonomia i a l'art. 9, i als Capítols IV i V de la Llei de Consells Insulars 5/1989, de 13 d'Abril <sup>6</sup>, i als articles. 15.7, 15.9 i 18 de la Llei 9/1987, d'Acció Social.

La delegació de competències, fins ara, es concreta en la següent norma:

- LLEI 12/1993, de 20 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i assistència social, corresponents al Decret del Consell General Interinsular de 28 de juny de 1982.

Art. 1.- S'atribueixen com a pròpies als Consells Insulars, les competències de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears següents:

a) La concessió i renovació dels títols de família nombrosa, amb subjecció al model oficial vigent, sense perjudici de les facultats que es reserva l'Administració General de l'Estat al Reial Decret 251/1982. En tot cas, els Consells Insulars hauran de facilitar al Govern de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears les informacions estadístiques necessàries sobre títols de família nombrosa expeditos, renovats, cancel·lats o anul·lats amb la periodicitat i condicions que reglamentàriament s'estableixin.

b) La concessió i gestió de les subvencions i ajudes amb finalitats assistencials a persones físiques i a centres o entitats per a beneficiaris residents a l'àmbit territorial de cada un dels Consells sobre les matèries de tercera edat, marginats, minories ètniques, infància, famílies, llars i institucions anàlogues. No es transfereix inversió nova per aquests conceptes.

c) Al Consell Insular de Mallorca la gestió i administració de la Residència-Club d'Ancians Nostra Senyora d'Huialfàs, de sa Pobla, carrer Isaac Peral, 19.

---

Art. 2.1.- Els Consells Insulars ajustaran el seu funcionament al règim establert en aquesta Llei, a la Llei 5/1989 de Consells Insulars, a la Llei 30/1992 de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú, a la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les Bases del Règim Local, i a la legislació emanada del Parlament de les Illes Balears que hi resulti d'aplicació o, subsidiàriament, a la legislació estatal.

Art. 2.2.- Els Consells Insulars tindran potestat reglamentària organitzativa per a regular-ne la pròpia organització i el propi funcionament.

Art. 3.- No obstant aquestes competències, correspon al Govern de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, de conformitat amb les lleis d'Acció Social i de Consells Insulars, l'exercici de les competències següents:

a) La potestat reglamentària normativa sobre les competències atribuïdes als Consells Insulars per la llei present, amb subjecció a les limitacions establertes en els apartats 1 i 2 de l'article 46 de l'Estatut d'Autonomia.

b) Altres competències que li siguin atribuïdes en la Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'Acció Social, en especial les esmentades a l'article 13.1, d'aquesta llei.

c. Assumpció de la garantia dels serveis mínims dispensats pels municipis, mitjançant el seu **suport jurídic-administratiu, econòmic i tècnic dels mateixos i la coordinació dels serveis municipals**, (especialment: art. 15.5 i 15.6 de la Llei 9/1987, d'Acció Social).

e. La **prestació de serveis supramunicipals**. No només desenvolupant les ofertes residencials o especialitzades, sinó també garantint la tramitació i la concessió de prestacions econòmiques i el desenvolupament de les instàncies preventives i de promoció social (especialment: articles 15.2 i 15.3 de la Llei 9/1987, d'Acció Social).

### 3.2.- PROGRAMACIÓ, ESTUDI NECESSITATS

**f. La formulació de plans i de programes territorials**, econòmics i socials i l'execució i el desplegament dels mateixos (especialment: art. 15.1 de la Llei 9/1987, d'Acció Social).

**g. Funcions de recollida d'informació, estadística i estudi de les necessitats** (especialment: art. 15.4 de la Llei 9/1987, d'Acció Social).

**h. Exercici de la iniciativa legislativa** (art. 6 de la Llei de Consells Insulars 5/1989, de 13 d'Abril).

### 3.3.- ESTABLIMENT DE FÓRMULES DE GESTIÓ CONCERTADA

---

i. Per a garantir l'eficàcia i eficiència podrà desenvolupar la **concertació de la gestió amb entitats públiques o privades**, sense afany de lucre, així com **fomentar la creació i donar suport a les mancomunitats de municipis** (especialment: articles 15.8 i 15.10 de la Llei 9/1987, d'Acció Social).

Així, cada illa queda configurada amb els eixos següents:

a. Assumeix les competències de gestió, en matèria de serveis socials, al seu territori, assumint la prestació dels serveis supramunicipals i el funcionament dels serveis municipals.

b. És la instància de delegació per excel·lència de les competències atribuïdes als municipis i a l'administració del Govern.

c. Es transforma en la unitat bàsica, al seu territori, de programació, planificació i coordinació. Aquesta funció de coordinació i de gestió de programes supramunicipals té com a principal instrument el Pla de l'Àrea de Benestar.<sup>7</sup>

En principi, és probable que el sistema de delegacions o atribucions de competència del Govern en favor dels consells permeti un reforçament de la seva esfera d'activitat: competències de PROTECCIÓ DE MENORS, gestió de nous serveis quan l'INSERSO sigui transferit a la CAIB, gestió dels programes del Pla d'Igualtat d'Oportunitats de les Dones, i altres que se puguin definir en un futur (minories ètniques, immigrants internacionals, programes de voluntariat i suport a ONG's, etc.)

En aquest sentit una proposta raonable de funcionament hauria de permetre el següent:

a. Que els ajuntaments prestin aquells serveis i funcions que estan en condició de garantir, formant mancomunitats quan no les puguin garantir de manera independent, sempre amb la col·laboració dels consells insulars.

b. Que els consells despleguin les seves competències pròpies i delegades, i prestin una especial atenció als serveis desatesos pels municipis o aquells que sigui convenient prestar a nivell supramunicipal.

c. Que els consells assumeixin, fonamentalment, un caràcter cooperador i dinamitzador a l'àmbit del seu territori, i utilitzin la comarca, o les «zones» (mancomunitats, agrupacions de municipis) com a punt de connexió de les seves relacions amb els municipis.

---

#### NOTES:

1. Art. 15.1, 15.2 i 15.6 de la Llei d'Acció Social 9/1987. Igualment, es pot consultar l'art. 18 sobre «col·laboració entre administracions públiques», el qual diu que «Amb l'objecte d'aproximar al ciutadà els serveis socials i l'assistència social, el Govern de la Comunitat Autònoma n'orientarà l'ordenació i l'actuació, per tal que siguin els Consells Insulars i els Ajuntaments, els qui les gestionin.»

---

2. Va ser presentat i aprovat pel Parlament el mes de desembre de 1994, però restava pendent de definir el Pla Estratègic, amb indicació de pressupost, dotacions, fases d'execució, etc.

3. La característica essencial de la matèria «assistència social» que permet una delimitació exacta per diferenciar-la d'altres matèries afins, consisteix en què les seves prestacions de serveis socials es porten a terme fora del règim contributiu de la Seguretat Social. Així, l'assistència social integraria el conjunt de les estructures institucionals públiques de prestació de serveis socials diferenciats del sistema de Seguretat Social.

4. Aquestes competències es resumeixen a continuació, als apartats **c, d, f, g, i**.

5. Tal com diu l'art. 17 de la Llei de Consells Insulars 5/1989, de 13 d'Abril: «La delegació consisteix en el traspàs de l'exercici de la funció executiva i de gestió de la Comunitat Autònoma sense cessió de titularitat.»

6. El Capítol IV es dedica a «les competències delegades» i el Capítol V al «procediment d'atribució de competències», establint, aquest darrer, a l'art. 22.c i d que l'atribució de competències haurà de contenir necessàriament, entre altres coses, «c. Valoració del cost efectiu. d. Mitjans materials, financers i personals que es posin a disposició de cada Consell Insular.»

7. Un exemple, és l'elaboració del **Pla Estratègic 96-99** per part de l'Àrea de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca, al qual s'han establert unes línies prioritàries a partir d'un marc de referència valoratiu de les dotacions actuals.



---

*Tal com afirma el seu autor, Miquel Àngel Maria i Ballester, a la introducció de l'article que conforma aquest bloc de Marginació, la Comissió de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca ha col·laborat en l'elaboració del sistema informatiu dels centres d'acollida de Mallorca. Aquest circumstància ens ha fet conèixer de primera mà les dades que posteriorment han ajudat a Hospital de Nit en la realització de la seva memòria de treball, un estudi acurat i rigorós que ens ofereix una anàlisi de la situació i realitat d'aquesta institució mallorquina que centra els seus esforços en la marginació i, per extensió, un perfil bastant proper de la realitat de la marginació social a la nostra Illa. Arran d'aquest coneixement, aquesta redacció ha cregut oportú oferir les planes d'Alimara per publicar unes dades d'anàlisi d'una realitat que conviu entre nosaltres, a casa nostra, en el mateix barri, ciutat o vila.*

*Tots els que estam relacionats amb l'acció social a les nostres Illes coneixem perfectament la curiositat, en certa manera morbosa, que desperten entre la població tots els temes relacionats amb la marginació, fomentat, entre d'altres, pels mitjans de comunicació que veuen en el tema un recurs important per augmentar l'audiència o les tirades d'impremta. Notícies de morts per sobredosi, de carrilanos morts de fred al carrer, de «Cojos Manteca» intentant sobreviure dins la Mallorca turística que està entrant en l'era de la cibernètica, són notícies impactants en una societat opulenta que viu donant l'esquena a aquesta realitat i que li serveixen per autoconfirmar-se que ella no està en aquesta situació, que els carrilanos són els altres. Per això, volem tornar a citar en aquesta introducció del Bloc de Marginació l'autor de l'article quan afirma «Al costat d'aquestes [xifres] hi hem afegit comentaris i valoracions que ajuden a considerar-les en el seu context i que, sobretot, permeten que el lector accedesqui al rerafons humà que hi ha darrere els nombres».*

---



---

# **L'Hospital de Nit de Palma: Realitat i perspectives a partir de la Memòria de 1995**

**Miquel Àngel Maria i Ballester.**

Associació Marginats-La Sapiència, Servei de Documentació.

## **Introducció**

Quan el passat mes de setembre de 1996 enlestíem la Memòria de l'Associació Marginats-La Sapiència corresponent a 1995, vam creure que seria d'interès general publicar el capítol dedicat a l'Hospital de Nit. I això, per diverses raons.

En primer lloc, si bé és cert que l'Hospital de Nit és conegut —i reconegut— dins la xarxa de Serveis Socials de Mallorca, no estam tan segurs que se'n tengui un coneixement exhaustiu de la seva situació actual. Durant els darrers anys s'ha duit a terme un procés de renovació i adaptació a nous reptes i necessitats, procés que no donam encara per finalitzat. S'han elaborat plans anuals d'intervenció, hem avançat vers una major professionalitat i rigor en la gestió dels serveis que oferim, i hem clarificat els objectius del centre i la metodologia del treball. A ran d'aquest esforç, s'ha incrementat la coordinació amb altres serveis socials, tant d'atenció primària com especialitzats, i això reverteix en una millor atenció als usuaris.

En segon lloc, durant l'any 1996 hem posat en funcionament, per bé que de forma experimental, el Programa «CENTRES» (Sistema Informatiu dels Centres d'Acollida de Mallorca), col·laborant activament en la seva elaboració amb la Secció Tècnica de la Comissió de Benestar Social del CIM. D'aquesta manera, la realització de la Memòria de l'any 1995, que parcialment ja s'ha basat en els criteris del nou model, tant pel que fa a la recollida de dades com a la seva explotació, ens ha permès d'oferir una informació molt més completa i detallada del perfil dels usuaris de l'Hospital de Nit i del treball que s'ha realitzat amb ells. Pensam que aquestes dades, contrastades amb les d'altres serveis socials, poden resultar de gran utilitat per a dibuixar un mapa actualitzat de les necessitats de la població marginal de Mallorca, i plantetjar les actuacions pertinents per donar-hi resposta.

En tercer lloc, la memòria de 1995 no és només un conjunt de xifres. Al costat d'aquestes (sovint prou significatives per elles mateixes) hi hem afegit comentaris i valoracions que ajuden a considerar-les en el seu context, i que sobretot permeten que el lector accedesqui al rerefons humà que hi ha darrere els números. D'una manera especial, sempre que ho hem considerat oportú hem analitzat les dades de 1995 en comparació a les d'anys anteriors, procurant entendre els canvis que s'observen i preveure les tendències que s'apunten per al futur immediat, per

tal de planificar les nostres actuacions de la forma més adequada a les necessitats reals de les persones que acudeixen a l'Hospital de Nit.

Per tot això, pensam que si els professionals d'altres serveis socials coneixen aquesta informació, afavorirem la cooperació i la coordinació mútues. Naturalment, estam receptius a qualsevol suggeriment o proposta —i també crítica— que se'ns vulgui formular. Al cap a i a la fi, si publicam aquestes dades és perquè desitjam no sols que ens conegueu, sinó que ens ajudeu a oferir un servei cada dia millor a un sector ben considerable de la nostra societat.

## 1. Què és l'Hospital de Nit

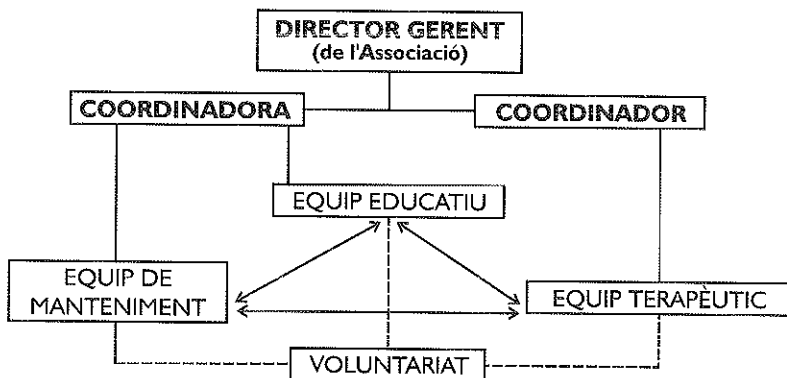
### 1.1 Descripció i objectius

L'Hospital de Nit, ubicat al carrer de la Misericòrdia, 2, de Palma de Mallorca (CP 07012) és un Centre d'acollida i atenció per a persones amb diverses problemàtiques socials, orientat a oferir un servei de qualitat humana i terapèutica que permeti incrementar la dignitat de vida de les persones acollides, proposant per a cadascú un **Procés de Salut**. Per això, a més de facilitar llit, alimentació, higiene i atenció sanitària, procura prestar una atenció personalitzada, cuidant l'evolució del problema de cada un, i donant-li el necessari suport psicològic i afectiu, fonamental per a plantejar possibilitats de reinserció social o de millora substancial de la seva situació. Com a tret específic del Centre, destaca la seva atenció preferencial al problema de l'alcoholisme, molt estès entre les persones acollides, i que es concreta en la realització de la primera etapa del Programa "Reviure" i en els processos de desintoxicació alcohòlica que hi duen a terme algunes persones.

L'edifici on està instal·lat l'Hospital de Nit és propietat del Consell Insular de Mallorca, i està cedit a precari a l'Associació Marginats-La Sapiència. Segons el conveni vigent l'any 1995, subscrit entre aquesta Associació i l'Administració Local i Autònoma, l'Hospital de Nit disposa de 140 places, distribuïdes en dos pisos, cadascun dels quals està dividit en zones, segons la tipologia social de les persones ateses (alt risc, crònics, abstinents, dones, grup de tractament).

### 1.2 Organigrama i funcions: Recursos humans

L'organització actual de l'Hospital de Nit és la que dissenya el Pla Anual d'Intervenció de 1994 (vegeu el cap. 2, "Model d'intervenció"). És evident la importància que es concedeix al treball en equip, sense menyspreu de les funcions particulars i específiques dels tècnics:



---

El **Director Gerent** ho és de tota l'Associació Marginats-La Sapiència, i per tant la seva activitat de gestió, direcció i administració no es ceneix exclusivament a l'Hospital de Nit. Però com que aquest Centre és el més gran amb què compta l'Associació, a la pràctica és on hi dedica més temps i hi realitza activitats més concretes en la gestió diària.

Els dos **Coordinadors** són els responsables directes dels equips i de la dinàmica del Centre. Duen a terme funcions d'organització, seguiment i revisió de les activitats que es realitzen, actuant també com a lligam entre els diversos equips. Igualment, són el vincle amb els altres Centres de l'Associació i amb el Consell Rector.

L'**Equip Educatiu**, format per vuit monitors-educadors, compleix funcions generals d'assistència i cobertura de les necessitats bàsiques dels usuaris. Durant el darrer any, a més, s'ha intensificat notablement la seva tasca de seguiment individualitzat dels casos, accentuant així el caràcter educatiu del seu treball. La dimensió de feina en equip és fonamental en la seva activitat.

L'**Equip Terapèutic**, integrat pel Coordinador (que realitza també una funció específica de terapeuta), la Treballadora Social, la Psicòloga i la Diplomada en Infermeria, duu a terme les funcions d'informació i gestions socials, orientació i diagnòstic, atenció sanitària, i intervenció amb les persones alcohòliques que inicien el programa de deshabitació. Realitza la seva activitat amb una dedicació especial a les persones acollides en règim familiar, ja sigui per enfermetat o per tractament de l'alcoholisme, sense descuidar l'atenció d'altres usuaris que precisen d'una intervenció terapèutica, i les persones que, des de fora, sol·liciten ésser ateses.

L'Hospital de Nit no compta amb un **Metge** propi. Però gràcies a un acord amb l'Insalud, un dels seus facultatius passa consulta tres dies per setmana al nostre Centre. A part d'atendre tots els usuaris que necessiten visita de medicina general, es dedica d'una manera especial als usuaris ingressats en Règim Familiar. Sense pertànyer a l'Associació, duu a terme la seva funció amb una gran entrega i dedicació, cosa que agraïm sincerament.

L'**Equip de Manteniment**, format per cinc persones, té al seu càrrec la neteja de les dependències de la casa i de la roba personal dels usuaris, així com la preparació de l'alimentació. La seva feina, tot i que no és pròpiament d'intervenció social, com que a la pràctica té relació amb les persones acollides (sobretot amb els ingressats en Règim Familiar), està coordinada amb la dels altres dos equips.

El **Voluntariat** està format actualment per més de 30 persones. La seva activitat, estretament lligada a la dels equips d'intervenció, és molt més que una simple ajuda. La dinàmica del Centre compta amb el seu inestimable suport en activitats tan diverses com el servei de cuina i menjador, perruqueria, plegat i classificació de roba, acompanyament del grup de tractament en activitats de lleure o en gestions socials, suport als monitors de sala, etc. Sense la seva col·laboració no seria possible dur endavant la major part de les activitats.

## **2. Model d'Intervenció**

Com avançàvem a la introducció, durant els dos darrers anys els equips de treball de l'Hospital de Nit han realitzat un procés important de transformació de

---

la seva estructura organitzativa i funcional, així com del model d'intervenció social, en la perspectiva de millorar la qualitat dels serveis i dotar-los d'una major professionalitat.

Aquest necessari canvi es va concretar en l'elaboració d'un **Pla Anual d'Intervenció**, redactat entre els mesos de setembre de 1994 i febrer de 1995, i aprovat pel Consell Rector de l'Associació. Aquest instrument dissenya el model d'intervenció que s'ha anat implementant en l'àrea d'acollida, mentre que el model de l'àrea de tractament encara està en procés de definició. Posteriorment, durant el darrer trimestre de 1995, hem procedit a l'avaluació-revisió del primer document, i a l'elaboració del "**Pla d'Intervenció 1995-1996**".

Hem de clarificar per què parlem de dues àrees d'intervenció. Com ja hem indicat, l'Hospital de Nit funciona a dos nivells, complementaris per bé que diferenciats. Per una part, és **centre d'acollida** destinat a persones amb diverses problemàtiques socials. Per altra, presta una atenció especial al problema de l'**alcoholisme**, realitzant un **programa** de desintoxicació i deshabituació; i a més, atén persones amb un estat precari de salut que necessiten allotjar-se en **règim familiar** durant un cert període de temps. D'aquesta manera, mentre que l'Equip Educatiu realitza bàsicament la seva funció en l'àrea d'acollida, l'Equip Terapèutic és el responsable de les intervencions en l'àrea de tractament. No obstant, hi ha un espai comú de responsabilitats compartides, de manera que l'activitat d'ambdós equips és interdependent i complementària.

En aquest capítol, la informació que oferim referida a l'àrea d'acollida és pròpiament un resum dels detalls més rellevants del primer Pla Anual d'Intervenció. Quant a l'àrea terapèutica, presentarem una descripció de la feina feta fins aquest moment, ja que encara no està redactat un projecte específic.

## 2.1 Àrea d'acollida

### 2.1.1 Destinataris

L'Hospital de Nit acull i dirigeix la seva acció a persones -majoritàriament homes d'entre 18 i 65 anys, més un petit nombre de majors i de dones- que viuen una situació de marginació causada per diverses problemàtiques socials (carència de llar, transeüntisme, atur, dificultats econòmiques, inadaptació social, desestructuració personal, problemes legals, immigració, trastorns psíquics, situacions cròniques de necessitat, etc.), en moltes ocasions agreujades o provocades per la dependència alcohòlica.

La tasca social realitzada amb aquestes persones està connectada amb la que realitzen altres serveis socials, especialment els integrants del Circuit de Coordinació de la Marginació. De fet, la pràctica totalitat de persones acollides a l'Hospital de Nit ha estat abans a l'Alberg Municipal «Can Pere Antoni» de Palma, de manera que la feina que es fa al nostre Centre és continuació del procés iniciat allà.

### 2.1.2 Objectius

- **Posar la persona en situació d'intervenció:** informar-la dels objectius de l'Hospital de Nit, cobrir les seves necessitats bàsiques, clarificar la seva situació de necessitat i pactar un compromís personal, implicar la persona en la dinàmica i el funcionament intern del Centre.
- **Tractar de fer un seguiment de cada persona:** revisar els instruments de registre, iniciar una dinàmica de seguiments personalitzats per part dels monitors-edu-

---

cadors, posar en comú els casos que requeresquin una decisió d'equip.

- **Dur a terme una intervenció professional individualitzada:** determinar les tasques de cada etapa d'una intervenció professional.
- **Avaluar l'acompliment dels objectius del Pla d'Intervenció:** confeccionar fitxes d'avaluació i revisar periòdicament les activitats realitzades.

### 2.1.3 Activitats/metodologia

- Primer contacte i diàleg a Porteria.
- Entrega i signatura del Reglament Intern.
- Entrevista d'obertura d'expedient, informació, recollida de dades i explicitació de la demanda.
- Acompanyament de la persona al pis corresponent, assignació del llit, facilitació d'alimentació i de mitjans d'higiene i sanitaris. Si correspon, visita mèdica i medicació.
- Informació dels recursos del Centre i orientació sobre els externs als quals pot dirigir-se.
- Entrevistes d'orientació, plantejament d'estratègies i establiment d'acords.
- Concreció del compromís personal i seguiment del procés.
- Responsabilització de la persona en l'ordre de les pertinences personals i el maneig dels béns d'ús comú (roba, TV, neteja...).
- Si correspon, entrevistes programades amb Treballadora Social, Psicòloga o Metge.
- Assemblea setmanal de les persones acollides amb un monitor-educador.
- Discerniment en equip dels casos que aconsellen una atenció especial.
- Seguiment personalitzat. Observació i atenció quotidiana per part del Monitor-Educador de referència, anotació de dades significatives a l'expedient personal. Revisió de l'acompliment dels acords i estudi de noves propostes o derivacions.

## 2.2 Àrea de tractament

### 2.2.1 Destinataris

- Persones que ingressen en la primera fase de tractament d'alcoholisme del Programa «Reviure» (desintoxicació/deshabitució), fins la seva derivació a la Comunitat Terapèutica Son Ribes.
- Usuaris amb problemes físics ingressats temporalment per a la seva posterior derivació al Casal Can Palerm, gestionat per l'Associació Marginats-La Sapiència, per residir-hi en règim residencial.
- Persones ingressades per a desintoxicació i deshabitució alcohòlica. Molts d'aquests casos seran derivats posteriorment al Casal Can Gazà, també gestionat per la nostra Associació, per a residir-hi en règim residencial.
- Persones ingressades per patologia diversificada, generalment amb alcoholisme associat.

### 2.2.2 Objectius

#### a) Generals

- Atenció i suport total quan es necessiti una estada estable -encara que temporal- per diferents circumstàncies: enfermetat orgànica, tractament sanitari després d'una intervenció clínica, acompanyament en un procés terapèutic respecte a l'alcoholisme (desintoxicació/deshabitució).

- Per derivacions a altres centres, a més s'intenta preparar la persona per una millor adaptació al canvi, mitjançant l'adquisició d'hàbits personals i habilitats socials, motivació, assumpció de responsabilitats en el seu propi procés de tractament.

**b) Específics del Programa "Reviure"**

- Aconseguir l'abstinència de l'alcohol.
- Recuperar la salut.
- Conèixer la dinàmica del Programa.
- Iniciar el procés de canvi.
- Implicar la persona en el Programa.
- Aconseguir el suport familiar.

**2.2.3 Activitats/metodologia**

**a) Per als casos de tractament de l'alcoholisme**

- Primer contacte amb la Treballadora Social. Valoració de la problemàtica concreta de la persona, i motivació envers el tractament.
- Si es considera necessari, entrevista amb la Psicòloga perquè realitzi un diagnòstic i valori la motivació i l'interés en el tractament.
- Si es considera inconvenient l'accés al pla terapèutic del Centre, es donen orientacions o es gestiona la derivació a altres serveis.
- Si es valora positivament l'ingrés, després d'algunes entrevistes més amb la Treballadora Social, es concerta una cita amb el metge perquè aquest faci una exploració física completa del pacient i indiqui la necessitat o no d'una desintoxicació. Llavors, es concreta el seu ingrés en el grup de tractament.

**b) Per als casos de patologies diverses**

- El metge duu a terme la valoració del cas, determinant el seu ingrés i les pautes de medicació i atenció al pacient.
- La medicació és administrada per la Diplomada en Infermeria de l'Equip Terapèutic.

**c) Altres activitats**

- Responsabilització i cooperació en la neteja i el manteniment de les dependències del Centre.
- Participació en col·loquis, entrevistes, grups, seminaris.
- Tallers i activitats diverses de temps lliure (passejos acompanyats, visites culturals, excursions, cinema, teatre). La majoria d'aquestes iniciatives són possibles gràcies a la participació activa del voluntariat.

**3. Dades estadístiques del servei (1995)**

**3.1 Moviment d'usuaris**

L'any 1995 hi ha hagut un total de **721** ingressos, incloent-hi els **103** usuaris que estaven acollits al Centre dia 1 de desembre de 1994, data d'inici de la Memòria. D'altra banda, el número total de sortides del Centre suma **632**, de manera que a dia 30 de novembre de 1995 -data de tancament de la Memòria- hi havia ingresades **89** persones.

Aquest és el moviment d'usuaris desglossat per mesos:

	<u>INGRESSOS</u>	<u>SORTIDES</u>
Usuaris a 1.12.94	103	
Desembre	48	47
Gener	59	51
Febrer	70	59
Març	51	61
Abril	42	54
Maig	55	62
Juny	50	57
Juliol	58	52
Agost	43	61
Setembre	45	44
Octubre	46	41
Novembre	51	43
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>632</b>
Usuaris a 30.11.95	89	

Aquests 721 ingressos corresponen a **540 casos, o persones distintes**. És a dir, hi ha **181 re-ingressos**, de persones que durant 1995 han estat acollides a l'Hospital de Nit en més d'una ocasió.

D'aquestes 540 persones, **301** (un **57,4%**) acudien a l'Hospital de Nit per primera vegada. Les **239** restants (el **44,6%**) ja havien estat acollides en anys anteriors.

Aquestes xifres són força significatives per determinar la població que acudeix al Centre.

L'elevat percentatge de persones acollides per primera vegada (**57,4%**) s'ha de considerar en relació a la seva procedència: la majoria provenen directament de l'Alberg «Can Pere Antoni», però un número important, just abans d'ingressar en aquest centre, acabaven d'arribar a Mallorca. Aquest fet ens mostra com l'Hospital de Nit, tot i que en principi estava destinat a atendre la població marginal de Mallorca, a la pràctica acull un bon número de transeünts que arriben a la nostra illa, amb les característiques habituals en aquest col·lectiu: manca d'habitatge, desarrelament, escassetat o absència de recursos econòmics, dificultats laborals i d'integració social.

### 3.2 Estada dels usuaris al Centre

La majoria han estat acollits només una vegada durant l'any 1995, però alguns han fet més d'una estada al llarg d'aquest any:

ESTADES	NRE. D'USUARIS	%
Una	411	76,2
Dues	86	15,9
Tres	34	6,3
Quatre	5	0,9
Cinc o més	4	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Totes les demandes de re-ingrés són valorades amb especial atenció. Moltes són denegades, ja que consideram que l'accés assidu als albergs i centres d'acollida sovint augmenta la dependència institucional de les persones, dificultant les seves possibilitats de sortir del "cercle viciós" de la marginalitat i perjudicant la seva autonomia personal.

Tanmateix, les circumstàncies específiques de molts de casos aconsellen el re-ingrés. Per exemple, en el cas de persones habitualment residents a Mallorca i palesament mancades de recursos econòmics o personals. Així, els ancians marginats crònics que retornen al Centre després d'haver-se'n absentat, sempre són aollits. També es considera positiu un re-ingrés quan s'havia iniciat un procés terapèutic o una intervenció social específica durant una estada anterior, i s'havia interromput. En aquests casos, per optar al re-ingrés s'exigeix un compromís personal explícit de continuar el procés, o es pacten unes condicions determinades que s'aniran valorant periòdicament.

Pel que fa al temps d'estada dels usuaris al Centre, hi correspon una mitjana de 59,7 dies per usuari.

### 3.3 Estades en règim familiar

Mentre que a l'àrea d'acollida les persones són ateses en règim d'alberg (sopar, dormir i berenar), en l'àrea terapèutica estan ingressades en règim familiar (estada completa), ja sigui per tractament d'alcohol, per preparació de l'ingrés a un altre centre de La Sapiència, o per malaltia/convalescència. Aquestes són les xifres corresponents a 1995:

MOTIU	NRE. D'USUARIS	%
A) Inici Prog. "Reviure"	27	43,5
B) Interdicció alcohòlica (Colme)	4	6,5
C) Preparació ingrés a Casal Can Gazà	3	4,8
D) Preparació ingrés a Casal Can Palerm	4	6,5
E) Malaltia orgànica/ física o convalescència	24	38,7
TOTAL	62	100

## 4. Perfil dels usuaris

### 4.1 Dades demogràfiques

#### 4.1.1 Sexe

	NRE. D'USUARIS	%
HOMES	497	92,1
DONES	43	7,9
TOTAL	540	100



L'Hospital de Nit acull principalment homes. Només compta amb una habitació de sis llits per a dones.

Les raons d'aquest evident desnivell són múltiples. Per una banda, molts dels problemes que afecten les dones marginades (maltractades, dificultats per tenir cura dels fills) són molt distintes de les que afecten els homes, i per tant precisen d'una atenció especialitzada. A Palma, el CADIF (Centre d'atenció a la dona i la família), gestionat per Càritas, ofereix acollida, assessorament i seguiment a aquestes dones.

Per altra banda, el número de persones sense llar o lloc de residència fix (transeïunts) són majoritàriament homes. Però les xifres que avalen aquesta afirmació estan canviant. Des de la nostra experiència constatarem en els darrers anys una tendència lenta però contínua d'augment de casos de dones que poden ser considerades transeïunts. De fet, en algunes ocasions no hem pogut atendre demandes de dones perquè els sis llits amb què comptam estaven complets.

Aquesta realitat hauria de fer pensar els serveis socials implicats en l'atenció als marginats en la necessitat d'estudiar i discernir les tendències que es poden donar en un futur immediat, en vistes a trobar una alternativa millor al servei d'urgència que podem oferir des del nostre Centre, i que difícilment podem ampliar, donades les seves característiques.

#### 4.1.2. Edat

	NRE. D'USUARIS	%
Fins a 30 anys	121	22,4
De 31 a 40 anys	159	29,5
De 41 a 50 anys	149	27,6
De 51 a 65 anys	95	17,6
Més de 65 anys	12	2,2
No determinat	4	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

#### Mitjana d'edat dels usuaris: 41,9 anys.

Al llarg dels darrers anys s'havia manifestat un progressiu rejuveniment en la mitjana d'edat dels usuaris. Només l'any 1995 s'ha produït un increment en aquesta xifra, que situa la mitjana en un valor intermig entre la dels anys 1992 i 1993:

1991: **43,5** anys  
1992: **43,1**  
1993: **39,8**  
1994: **38,7**  
1995: **41,9**

Tanmateix, si consideram el percentatge global d'usuaris menors de 50 anys, la tendència al rejuveniment se segueix manifestant. Així, l'any 1994, amb una mitjana d'edat de **38,7 anys**, foren menors de 50 anys el **78,8%** dels usuaris d'aquell any. Per contra, malgrat que la mitjana d'edat de 1995 és de **41,9 anys**, el percen-

tatge de menors de 50 anys arriba al **79,4%**, lleugerament superior.

A la vista d'aquestes xifres, encara és massa prest per afirmar que la tendència decreixent s'ha invertit o estancat. Haurem d'esperar a les dades que obtinguem els pròxims anys per poder treure conclusions.

No obstant, sí és cert que molts joves que viuen situacions de marginalitat i alt risc social són consumidors ocasionals o habituals de drogues, per la qual cosa, en circumstàncies normals no són acollits a l'Hospital de Nit sinó derivats al centre "Sa Placeta", i aquest fet influeix decisivament en la mitjana d'edat dels usuaris.

#### 4.1.3 Estat civil

	NRE. D'USUARIS	%
Fadrí	327	60,6
Casat / parella	49	9,1
Separat	101	18,7
Divorciat	33	6,1
Viudo	17	3,1
No determinat	13	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Les proporcions es mantenen amb lleugeres variacions durant els cinc darrers anys. No és gens sorprenent que la major part de persones que pateixen solitud i problemes d'integració social siguin fadrines, ja que precisament la manca d'un entorn familiar mínimament estable s'ha de comptar entre les causes que poden abocar a una situació de transcüntisme i desarrelament. Així mateix, el coneixement dels casos que atenem ens mostra com entre les raons de la ruptura familiar (ja sigui amb els pares/germans o amb el cònjuge), l'addicció a l'alcohol és un factor important.

D'entre els usuaris que han romput el lligam amb la seva parella, és significatiu que els divorciats o separats legalment són una minoria. La major part estan separats de fet.

#### 4.1.4 Número de fills

	NRE. D'USUARIS	%
Cap	317	58,7
1	91	16,9
2	55	10,2
3	27	5,0
4	20	3,7
5 o més	12	2,2
No determinat	18	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

L'existència de fills està bastant en consonància amb la situació sòcio-familiar que copsàvem amb les dades sobre l'estat civil: la majoria de fadrins no té cap fill.

La recollida de dades que hem realitzat per a l'elaboració d'aquesta memòria no ens permet aportar aquí una informació complementària sobre les edats i situacions dels fills dels usuaris que en tenen, cosa que resultaria força interessant. Amb tot, sí que podem afirmar, a la llum de les dades que podem extreure dels expedients de les persones que hem atès, que la major part dels fills resideixen habitualment amb l'ex-cònjuge. Però també trobam fills en situacions de conflicte o urgència social en un número gens menyspreable: acollits a un centre públic o privat d'atenció a menors, convivint amb un parent de l'usuari, adoptats, etc.

#### 4.1.5 Lloc de naixement

	NRE. D'USUARIS	%
<i>Estat Espanyol:</i>		
Illes Balears	83	15,44
Andalusia	123	22,8
Aragó	5	0,9
Astúries	3	0,6
Canàries	3	0,6
Cantàbria	1	0,2
Castella-Lleó	21	3,8
Castella-La Manxa	26	4,8
Catalunya	41	7,6
Ceuta/Melilla	4	0,7
Euskadi	8	1,5
Extremadura	28	5,2
Galícia	19	3,5
Madrid	20	3,7
Múrcia	15	2,8
Navarra	1	0,2
València	32	5,9
Unió Europea	54	10,0
Resta d'Europa	10	1,8
Àfrica	31	5,7
Llatinoamèrica	7	1,3
Àsia	2	0,4
No determinat	3	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

El lloc de naixement dels usuaris, tot i que habitualment no coincideix amb la procedència immediata, sí que ens aproxima a la procedència dins un termini mitjà.

La població originària de les Illes Balears representa únicament un **15,4%** del total dels usuaris, xifra que es manté dins la tònica habitual dels darrers anys. És a dir, l'Hospital de Nit atén majoritàriament immigrants. Però és molt impor-

tant observar com la procedència d'aquest col·lectiu ha sofert una gran modificació al llarg dels anys. Fa una dècada, la majoria eren persones de nacionalitat espanyola que havien vingut a treballar a Mallorca durant els anys de gran creixement urbanístic i turístic, i que durant els primers anys de la crisi, en la dècada dels 70, s'havien quedat sense treball ni recursos econòmics, mancats de llar, i amb poques possibilitats de sortir de la seva situació marginal. De fet, l'Hospital de Nit va néixer per tal de donar una resposta a les greus mancances d'aquestes persones.

En canvi, a mesura que avançaven els anys, els usuaris d'aquestes característiques són el grup que s'ha mantingut més estable. La majoria de ciutadans espanyols que acudeixen actualment al nostre Centre porten en general molt menys temps a Mallorca. Lògicament, hem copsat aquest fet no sols a partir del lloc de naixement, sinó que l'hem considerat junt al temps de residència a Mallorca, a l'edat, i a la procedència dins un període recent.

Pel que fa al lloc de naixement, l'augment més significatiu en el conjunt dels cinc darrers anys correspon als ciutadans nascuts a la Unió Europea (exclòs l'Estat Espanyol). L'any 1995 arribava al **10%** del total d'usuaris; l'any anterior, comptant tots els ciutadans europeus junts (comunitaris i extracomunitaris), sumaven el **6,5%**, i l'any 1991 eren només el **2,3%**.

Altres grups que tenen una tendència globalment creixent són els ciutadans espanyols nascuts a Andalusia (que és el grup més nombrós, amb un **22,8%** del total d'usuaris l'any 1995, tot i que en termes absoluts sofreix un increment petit), Catalunya, País Valencià, Extremadura i Galícia.

Per contra, els grups amb una tendència decreixent més remarcable en el període comprès entre els anys 1991 i 1995 són els de les persones nascudes a Múrcia, Castella-Lleó, Castella-La Manxa, Canàries, Madrid i Llatinoamèrica.

El grup amb un moviment més irregular és el corresponent a les persones nascudes a Àfrica (principalment a països del Magrib). Mentre que els anys 1992-1993 es va produir un increment espectacular, els dos darrers anys tendeixen a l'estabilització, però no a la disminució, situant-se en un **5,7%** l'any 1995.

D'aquestes dades no en podem treure unes conclusions que ens permetin valorar d'una manera global el moviment del flux migratori que arriba a Mallorca, ja que donades les característiques del nostre Centre atenem una franja bastant limitada d'aquesta població. Però sí que, comparades amb les dades d'altres recursos socials, creim que han de ser tingudes en compte.

#### 4.1.6 Temps de residència a Mallorca

	NRE. D'USUARIS	%
Menys de 1 any	263	48,7
De 1 a 5 anys	57	10,6
De 6 a 10 anys	24	4,4
De 11 a 20 anys	30	5,6
Més de 20 anys	86	15,9
Sempre resident	60	11,1
No determinat	20	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Com indicàvem abans, el número de persones ateses a l'Hospital de Nit que porten poc temps residint a Mallorca s'ha anat incrementant, mentre que disminueix clarament el número de persones nascudes fora de Mallorca però que fa molts anys que s'hi van traslladar per viure-hi d'una manera estable. En efecte, mentre que l'any 1991 les persones que portaven residint a Mallorca un període inferior a un any significaven un **31,1%** del total d'usuaris, l'any 1995 aquesta xifra arriba al **48,7%**. Per contra, les persones no nascudes a Mallorca però que hi resideixen des de fa més de 20 anys, l'any 1991 representaven el **24,5%**, i en canvi el 1995 decreixen fins el **15,9%**.

És per això que podem afirmar que el perfil d'usuari que atén l'Hospital de Nit s'està modificant. El grup d'usuaris més rellevant pel que fa al temps de residència s'adapta cada cop més a les característiques del transeünt: gran mobilitat geogràfica, accés assidu a serveis socials d'acollida i alberg, etc.

#### 4.1.7 Nivell d'estudis

	NRE. D'USUARIS	%
Cap / analfabet	38	7,1
Elementals / primaris	337	62,4
Secundaris	119	22,0
Superiors	26	4,8
No determinat	20	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Aquestes dades no ens aporten una informació de rigor acadèmic basada en el contrast documental de les titulacions obtingudes. El que ens interessa no és saber quins títols posseeixen, sinó fer-nos una idea del nivell formatiu dels usuaris, i per això els englobem en quatre grans grups.

Dins el primer grup (**Cap/analfabet**) hi hem inclòs aquelles persones que són manifestament analfabetes. Val a dir que alguns d'aquests usuaris expressen haver rebut alguna instrucció en la seva infantesa, però el seu analfabetisme funcional és palès.

En el grup més nombrós (**Elementals/primaris**) hi consignam tots aquells usuaris que tenen un grau d'instrucció de nivell bàsic o primari, ja sigui complet o no, i sense discriminar amb quin pla d'estudis van rebre aquesta formació. També dins aquest grup hi ha alguns analfabets funcionals, però les dades que tenim al nostre abast no ens permeten quantificar-los.

Els grups d'usuaris amb estudis **secundaris** i **superiors** són els dos que tendeixen a incrementar-se en la perspectiva dels darrers anys. La majoria de persones amb un bon nivell de formació que atenem a l'Hospital de Nit presenten, junt a la seva mancança immediata de treball i d'ingressos econòmics, altres problemàtiques que sovint són causants de la seva situació de necessitat: alcoholisme (moltes vegades no reconegut), ludopatia, problemes psíquics no assumits, traumes familiars, etc.

## 4.2 Dades laborals i econòmiques

### 4.2.1 Professió

	NRE. D'USUARIS	%
A) Sense professió determinada / no ha fet feina mai	20	3,7
B) Professionals, tècnics i similars	11	2,0
C) Personal professional auxiliar	6	1,1
D) Professionals de l'espectacle (inclosos feriants, artistes de carrer, etc.)	6	1,1
E) Personal docent i prof. liberals (mestres, advocats, economistes, psicòlegs, etc.)	4	0,7
F) Empleats administratius	17	3,1
G) Agents comercials, viatjants	4	0,7
H) Dependents de comerç, venedors a domicili i ambulants	21	3,9
I) Personal d'hoteleria qualificat o amb expe- riència (cuiners, cambrers, ajudants, etc.)	146	27,1
J) Serveis de protecció i seguretat	3	0,6
K) Serveis domèstics	8	1,5
L) Agricultors, ramaders, pescadors	26	4,8
M) Treballadors especialitzats de construcció i afins (fusters, electricistes, pintors, etc.)	134	24,8
N) Treballadors especialitzats d'indústria i mineria	25	4,6
O) Altres indústries (artesans, treballadors de petits tallers, etc.)	14	2,6
P) Operaris industrials, xòfers, mariners merc., etc.	23	4,3
Q) Treballadors no especialitzats (peons de construcció, fregaplats, peons de neteja, etc.)	50	9,3
R) Professionals Forces Armades	1	0,2
S) No determinat	21	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Enguany hem canviat substancialment la categorització de les professions respecte als anys anteriors. Com apuntàvem a la introducció d'aquest treball, paulatinament anam adaptant els criteris de la nostra documentació a les exigències del nou Sistema Informatiu de Centres d'Acollida. Amb aquest fi, hem identificat i agrupat les professions dels usuaris segons la taula corresponent del Cens de Població de 1991 (publicat per l'IBAE), ja que aquesta taula és la mateixa que el Programa CENTRES incorpora per tal de codificar les professions.

En aquest sentit, és molt difícil establir comparacions amb les dades obtingudes en anys anteriors, ja que si abans agrupàvem les professions només per sectors (hoteleria, construcció, comerç, etc.), enguany tenim en compte no sols el

sector, sinó també la categoria del lloc de treball: professionals-tècnics, treballadors especialitzats, peons... Així, per exemple, si altres anys un cuiner i un mosso frega-plats apareixien dins el mateix grup, enguany estaran separats segons la categoria laboral de la seva ocupació: el primer es comptarà dins el grup “**I) Personal d’hoteleria**”, i el segon dins “**Q) Treballadors no especialitzats**”.

Pel que fa a la recollida de dades, el concepte “professió” és relativament ambigu, ja que l’apreciació dels usuaris sobre el seu significat no sempre coincideix. Alguns consideren que la seva professió és aquella activitat que han realitzat durant un període de temps més dilatat. Altres, l’ofici en el qual es van formar en els primers anys d’ocupació. Altres, l’activitat laboral que han realitzat durant els darrers temps. Per això és difícil treure valoracions d’aquest concepte.

No obstant, si contrastam aquestes dades amb les que obtindrem a la taula sobre el tipus de treball realitzat en la darrera ocupació, veurem com el número de treballadors no especialitzats augmenta considerablement en aquesta darrera respecte a l’anterior taula de professions. Això evidencia que els llocs de treball ocupats pels usuaris de l’Hospital de Nit són generalment de més baixa categoria que la que els correspondria per experiència professional o nivell formatiu.

Si consideram a més les dades referides a la data de la darrera ocupació i a la duració d’aquesta, a banda de ratificar-nos la precarietat, entendrem que les baixes de l’Hospital de Nit per haver trobat un lloc de treball molt sovint no signifiquen una sortida estable. S’explica, per tant, per què moltes persones que ja han estat a l’Hospital de Nit o en altres serveis d’acollida en alguna ocasió, periòdicament hi tornen.

#### 4.2.2 Situació laboral

	NRE. D’USUARIS	%
Atur (temporal o crònic)	415	76,8
Incapacitat	62	11,5
Jubilat	8	1,5
Amb feina	38	7,0
No determinat	17	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Aquestes dades es refereixen a la situació laboral en el moment de produir-se l’ingrés a l’Hospital de Nit. No necessitam fer gaires comentaris per entendre la realitat que hi ha darrera aquestes xifres: el **76,8%** dels usuaris estan en atur. Alguns d’ells tenen fonts d’ingressos irregulars (venda ambulants no legalitzada, vigilància irregular de cotxes a les zones blaves de Palma, i altres), però en la majoria de casos els ingressos obtinguts per aquesta via són molt minsos.

D’altra banda, el **7%** d’usuaris que ingressen al Centre amb feina, generalment acaben d’incorporar-se a un lloc de treball i encara no han cobrat el primer salari, de manera que estan mancats de recursos econòmics per poder-se pagar un habitatge. A més, en aquest grup no hi comptam només els qui treballen amb un contracte legal, sinó tots aquells que tenen una ocupació mínimament estable i definida.

Només els grups d'incapacitats i jubilats reflecteixen una situació legalment reconeguda.

#### 4.2.3 Percepció de prestacions econòmiques públiques

	NRE. D'USUARIS	%
Pensió No Contributiva / FAS	58	10,7
Prestacions no periòdiques	18	3,3
Per invalidesa o incapacitat	34	6,3
Per jubilació	6	1,1
Altres	6	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>22,5</b>
Dubtosos	40	7,4

**Nota important:** Els percentatges de la taula anterior corresponen al número total anual d'usuaris, no al número d'usuaris amb pensió.

Cal que expliquem el significat de les categories que hem emprat en la presentació d'aquestes dades. En primer lloc, hem agrupat les Pensions No Contributives i les pensions del FAS. De les segones ja no se'n concedeixen de noves, però encara hi ha beneficiaris que la van obtenir fa temps. La majoria són usuaris de l'Hospital de Nit d'una manera estable i perllongada.

Les Prestacions no periòdiques inclouen totes aquelles que no es concedeixen d'una manera indefinida. Hi comptam l'ajuda familiar de l'INEM, les prestacions per atur proporcionals al temps cotitzat a la Seguretat Social i les prestacions per incapacitat laboral transitòria.

En el grup "Per invalidesa o incapacitat" s'hi troben tots els usuaris que perceben pensions estables de la Seguretat Social per minusvalia (física o psíquica), i per declaració d'invalidesa permanent.

Dins "Altres" hi hem comptat els usuaris dels quals tenim constància que cobren alguna pensió, però que per alguna raó no ha quedat reflexat als seus expedients el tipus de prestació de què es tracta.

Finalment, tenim l'apartat especial "Dubtosos", que hem comptat al marge del total de perceptors d'alguna prestació. Hi posam els casos que sospitam que cobren una pensió, però que ho amaguen o no ho declaren, o quan les dades de què disposem ens impedeixen afirmar-ho amb rotunditat.

D'aquesta manera, apareix que un **22,5%** del total d'usuaris són perceptors d'alguna prestació econòmica pública, però entenem que la xifra real deu ser lleugerament superior ja que, en el cas de posseir totes les dades, hi hauríem de sumar un cert número dels que hem inclòs en el **7,4%** de casos dubtosos.

Val a dir que algunes persones, en el moment d'ingressar a l'Hospital de Nit, presenten unes característiques que els permetrien beneficiar-se d'alguna prestació pública. Però la seva manca de recursos personals i de coneixement de la burocràcia els ho dificulta. Davant d'aquests casos, la Treballadora Social facilita les gestions oportunes per tramitar l'obtenció de la prestació adequada, procurant sempre convertir aquest treball de gestió en una motivació al canvi personal, en un



procés que impliqui la persona com a subjecte protagonista de la millora integral de la seva situació.

#### 4.2.4 Tipus de treball realitzat en la darrera ocupació

	NRE. D'USUARIS	%
A) Sense professió determinada / no ha fet feina mai	2	0,5
B) Professionals, tècnics i similars	4	0,7
C) Personal professional auxiliar	2	0,4
D) Professionals de l'espectacle (inclosos feriants, artistes de carrer, etc.)	4	0,7
E) Personal docent i prof. liberals (mestres, advocats, economistes, psicòlegs, etc.)	2	0,4
F) Empleats administratius	5	0,9
G) Agents comercials, viatjants	5	0,9
H) Dependents de comerç, venedors a domicili i ambulants	25	4,6
I) Personal d'hoteleria qualificat o amb experiència (cuiners, cambrers, ajudants, etc.)	104	19,2
J) Serveis de protecció i seguretat	4	0,7
K) Serveis domèstics	11	2,0
L) Agricultors, ramaders, pescadors	72	13,3
M) Treballadors especialitzats de construcció i afins (fusters, electricistes, pintors, etc.)	99	18,7
N) Treballadors especialitzats d'indústria i mineria	13	2,4
O) Altres indústries (artesans, treballadors de petits tallers, etc.)	10	1,8
P) Operaris industrials, xòfers, mariners merc., etc.	8	1,4
Q) Treballadors <b>no</b> especialitzats (peons de construcció, fregaplats, peons de neteja, etc.)	125	23,1
R) No determinat	45	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Les dades de la taula anterior ens confirmen el que avançàvem en parlar de la professió dels usuaris: quan ara analitzam el tipus de treball realitzat en la darrera ocupació, observam com el grup de "treballadors no especialitzats", que a la taula de professions comprenia el **9,3%** dels usuaris, a la taula sobre la darrera ocupació creix fins el **23,15%** (més del doble). En conseqüència, els altres grups de professions disminueixen en relació a la darrera ocupació.

Això significa que molts usuaris amb una professió mínimament especialitzada, així com la majoria de professionals tècnics i qualificats, a la pràctica ocupen els llocs més inferiors del mercat de treball, amb el que això comporta d'inseguretat i baixes remuneracions.

#### 4.2.5 Duració de la darrera ocupació

	NRE. D'USUARIS	%
Fins a 1 mes	149	27,6
De 1 a 3 mesos	98	18,1
De 4 a 6 mesos	80	14,8
De 7 a 12 mesos	42	7,8
Més de 1 any	16	3,0
De 2 a 3 anys	37	6,8
Més de 3 anys	35	6,5
No determinat	83	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Amb aquestes dades es fa novament evident la precarietat dels llocs de treball que han tingut els nostres usuaris anteriorment al seu ingrés a l'Hospital de Nit.

Certament, les darreres reformes del mercat laboral dificulten els contractes estables i de llarga duració. Nombroses estadístiques de domini públic ens mostren com des de fa dos anys augmenta el número de certes col·locacions, però que al mateix temps el treball sofreix un procés de precarització. Però pel que fa als nostres usuaris, no podem comptar aquests motius entre les raons fonamentals de la seva inestabilitat laboral. Aquesta es deu sobretot als problemes de caire personal que ja hem esmentat anteriorment, i que podem observar amb més detall a altres apartats d'aquesta Memòria (necessitats, addiccions, diagnòstics mèdics, etc).

De totes maneres, en una situació socio-econòmica globalment negativa com l'actual, és natural que les dificultats d'aquestes persones s'agreugin, i que les possibilitats de trobar una sortida duradora minvin considerablement.

#### 4.2.6 Data de la darrera ocupació

	NRE. D'USUARIS	%
1995	199	36,9
1994	146	27,0
1993	40	7,4
1990-1992	54	10,0
Abans de 1990	43	7,9
No ha fet feina mai	3	0,6
No determinat	55	10,2
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

Les dades anteriors manifesten l'existència d'un important col·lectiu d'aturats crònics o de llarga durada, ja que sols un **36%** dels usuaris han tingut feina durant l'any que comprèn la Memòria. Aquesta sola dada ja pot donar una idea de les greus dificultats per les quals passen la majoria d'aquestes persones.

Comparant aquestes dades amb les dels cinc darrers anys, constatarem que la situació tendeix a empitjorar. És a dir, el temps seguit sense ocupació laboral cada cop s'allarga més i afecta un major número de persones.

## 4.3 Dades socials

### 4.3.1 Institucions anteriors

	NRE. D'USUARIS	%
A) Cap	21	3,9
B) Alberg Can Pere Antoni	432	80,0
C) Centres Assoc. Es Refugi	4	0,7
D) Centres Assoc. La Sapiència	285	52,8
E) Hosp. Psiquiàtric Palma	91	16,8
F) Hospital Joan March	37	6,8
G) Projecte Home	38	7,0
H) Presó	120	22,2
I) Altres	67	12,4
J) No determinat	26	4,8

**Nota important:** les institucions consignades en aquesta taula i el seu gràfic no són excloents entre elles. És a dir, un mateix usuari pot haver estat en una o més institucions. Per això, el número d'usuaris aquí no es pot sumar. Pel que fa als percentatges, s'han comptat sobre el número total d'usuaris (540).

En apartats anteriors ja hem indicat la gran aflluència al nostre Centre de persones que qualifiquem habitualment amb el nom de transeünts. Un dels trets característics d'aquest col·lectiu és el seu elevat grau d'institucionalització, ja que en els seus continus desplaçaments recorren amb molta freqüència als serveis socio-sanitaris, tant d'atenció primària com especialitzats (treballadors socials municipals, albergs, institucions benèfiques, hospitals psiquiàtrics, etc.).

Malauradament, les dades de què disposam no ens permeten indicar amb precisió el nivell d'institucionalització dels nostres usuaris, ja que en general no tenim informació sobre el seu accés a institucions de fora de Mallorca, i també perquè no tenim quantificats els usuaris que han acudit a serveis socials d'atenció primària. Tanmateix, quan efectivament ens consta que la persona ha fet ús d'altres recursos, els hem comptat dins el grup "altres" de la taula anterior.

Tenint això en compte, no volem deixar de posar de relleu alguns aspectes que vénen il·lustrats per les dades precedents.

Per una banda, és de destacar que el **80%** dels usuaris de 1995 han estat prèviament acollits a l'Alberg Municipal "Can Pere Antoni" de Palma, orientat específicament a l'atenció de transeünts. Això significa, per una banda, que la coordinació entre aquest centre i l'Hospital de Nit és efectiva, ja que el Circuit de Coordinació de la Marginació preveu que tota persona que acudeix a l'Hospital de Nit, sempre que no hi hagi un inconvenient determinant, abans haurà de dirigir-se a l'Alberg. Aquest aspecte ve confirmat per les dades relatives a la procedència immediata dels usuaris, que veurem més endavant. Però girant full, també hem de treure una conclusió negativa: l'elevat número de persones que ingressen primer a l'Alberg i després a l'Hospital de Nit, demostra les seves dificultats per trobar una solució a la seva situació de necessitat.

Destaca també el **52,8%** d'usuaris que anteriorment han estat a algun cen-

tre de la nostra Associació, generalment a l'Hospital de Nit. També aquesta dada ens mostra la dependència "cíclica" de moltes persones en relació als serveis d'acollida.

Pel que fa a les tendències que s'intueixen comparant aquestes dades amb les d'anys anteriors, els percentatges que creixen d'una forma significativa són el referit a l'Alberg, per les raons que ja hem assenyalat, el de persones que anteriorment ja han estat alguna vegada als centres de La Sapiència, i el de persones que han estat al Projecte Home. Valorarem aquest darrer grup quan analitzem les derivacions. En relació als altres grups, els percentatges es mantenen amb modificacions molt lleugeres d'un any a altre.

#### 4.3.2 Procedència

	NRE. D'INGRESSOS	%
Alberg "Can Pere Antoni"	243	33,7
Altres centres La Sapiència	5	0,7
Centres Es Refugi	8	1,1
Altres SS. Socials	17	2,3
Carrer	123	17,1
"Xupano"	31	4,3
Presó	7	1,0
Pensió	62	8,6
Vivenda particular	98	13,6
Hospital Psiquiàtric	21	2,9
Hospital General	15	2,1
Altres serveis sanitaris	24	3,3
Fora de Mallorca	39	5,4
No determinat	28	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>100</b>

**Nota important:** els números i percentatges d'aquesta taula i el seu gràfic corresponen als ingressos de 1995 (721), i no al número d'usuaris (540), com en taules anteriors, ja que un usuari que ingressa més d'una vegada pot procedir de llocs o institucions diferents en cadascun dels seus ingressos.

Vegem alguns detalls que aquestes dades posen de manifest.

En primer lloc, s'observa que el número d'ingressos procedents de l'Alberg "Can Pere Antoni" (243 ingressos, un 33,7%) és molt inferior al número d'usuaris que alguna vegada han ingressat a aquest centre (432 usuaris, el 80%). Això és evident encara que les dades no siguin directament comparables (ingressos/usuaris). La raó principal d'aquesta "descompensació", que aparentment posaria en entredit la bona coordinació que assenyalàvem a l'apartat anterior, és que el temps que ha de transcórrer entre un i un altre ingrés a l'Alberg és de sis mesos, i en aquest interludi moltes persones que necessiten acollida vénen a l'Hospital de Nit, on no tenim un termini estipulat. La mateixa explicació tenen els ingressos de

persones acabades d'arribar de fora de Mallorca que no són enviades a l'Alberg.

Pel que fa als ingressos procedents d'altres centres de l'Associació Margïnats-La Sapiència, es tracta de retrocessos o abandonaments d'alguna fase del programa "Reviure", o de sortides dels Casals Can Gazà i Can Palerm motivades generalment per l'incompliment dels compromisos o l'abandonament voluntari.

Hem de destacar el descens en el número d'ingressos procedents dels centres de l'Associació El Refugi respecte als anys anteriors. Això és un indicador clar que l'univers social que atenem nosaltres (marginats crònics i alcohòlics) i el que atén El Refugi (toxicòmans) estan ben diferenciats, tal com prescriuen els convenis del Circuit de Coordinació de la Marginació.

Quant als usuaris que procedeixen directament del carrer, constatarem que el percentatge sobre el total d'ingressos, que entre els anys 1991 i 1994 s'havia reduït de forma constant, enguany ha sofert un cert increment.

S'incrementa també el número d'ingressos provinents dels diferents serveis sanitaris. En alguns d'aquests casos, l'ingrés a l'Hospital de Nit és per a un breu termini de temps, en tant que se cerca una alternativa estable, ja que la nostra manca d'infraestructura i recursos ens impedeix respondre adequadament a les necessitats de persones que precisen d'una atenció mèdica especial i constant.

Finalment, les raons que hi hagi un determinat número d'ingressos procedents d'una vivenda particular —fet que sembla paradoxal—, són múltiples: joves derivats pel Projecte Home, que resideixen habitualment a ca seva, dificultats per poder seguir pagant un lloguer, abandonament de la parella o del nucli familiar, inici de la fase d'acollida del Programa "Reviure", entre altres.

#### 4.3.3 Derivacions

	NRE. D'INGRESSOS	%
Iniciativa pròpia	547	75,9
Centres La Sapiència	4	0,6
Centres Es Refugi	1	0,1
SS.SS. Municipals Palma	27	3,7
SS.SS. altres municipis	3	0,4
Altres SS.SS.	5	0,7
Càritas	3	0,4
Projecte Home Hospital	38	5,3
Psiquiàtric	18	2,5
Hospital General	14	1,9
Altres SS. Sanitaris	23	3,2
Familiars, amics, veïns	7	1,0
Polícia (Local/Nacional)	19	2,6
Altres	4	0,6
No determinat	8	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>100</b>

**Nota important:** com en el cas de les procedències, i per la mateixa raó, també aquí els números i percentatges corresponen als ingressos de 1995 i no al número d'usuaris.

Per "derivació" entenem l'ingrés produït per un acord o compromís amb un altre servei o institució que ens envia la persona. És a dir, no apunta directament a la procedència física, sinó a la continuació en el nostre centre d'un procés iniciat a un altre lloc. Per això, si una persona procedeix d'un altre centre però els seus professionals no ens l'han enviat explícitament, no el consideram derivat per aquest centre.

Així s'explica que una gran majoria d'ingressos (el **75,9%**) es produeixen per iniciativa pròpia de l'usuari, amb independència de la seva estada recent a una altra institució.

En conjunt, la diversitat d'institucions de les quals rebem derivacions ens mostra que el nostre Centre ocupa un lloc significatiu dins la xarxa de serveis socials que hi ha a Mallorca, complint una funció tinguda en compte pels professionals del sector. Així mateix, això ens exigeix un esforç de coordinació que fomenti l'agilitat i el rigor en la presa de decisions.

Com a dada més significativa, apareix l'important increment d'usuaris derivats pel Projecte Home respecte a anys anteriors (1994: 13 usuaris, 2% del total. 1995: 38 usuaris, 5,3%). Aquest fet respon a l'acord de col·laboració perquè l'Hospital de Nit aculli alguns joves que, abans d'ingressar en règim residencial al Projecte Home, no disposen de llar o tenen problemes per residir amb la seva família. Val a dir que aquest acord resta obert per a altres Programes.

#### 4.3.4 Necessitats detectades

	NRE. D'USUARIS	%
Serveis H. de Nit / estada temporal	382	70,7
Treball	198	36,7
Tractament alcoholisme	123	22,8
Emergència per un vespre	36	6,7
Tractament o control mèdic	75	13,9
Tractament toxicomanies	51	9,4
Assistència a situació crònica de necessitat	21	3,9
Residència / casa assistida	15	2,8
Informació / gestions socials	27	5,0
Tractament psiquiàtric	27	5,0
Suport psicològic	12	2,2
Connexió familiar	19	3,5
No determinat	3	0,6

**Nota important:** les necessitats consignades en aquesta taula i el seu gràfic no són excloents entre elles. És a dir, un mateix usuari pot presentar dues o més necessitats. Per això, el número d'usuaris aquí no es pot sumar. Pel que fa als percentatges, s'han comptat sobre el número total d'usuaris (540).

Totes aquestes dades s'obtenen a partir del diagnòstic que efectua la Treballadora Social en l'entrevista d'ingrés, així com també des de l'observació i el seguiment personalitzat dels usuaris. Les necessitats que es consignen són les que consideram més significatives. Això vol dir que no s'indiquen totes les necessitats, sinó aquelles sobre les quals s'intenta plantejar una intervenció. Així, per exemple, és evident que totes les persones que acudeixen a l'Hospital de Nit necessiten els

seus serveis. Però en aquest apartat (A) no hi hem situat els 540 usuaris, sinó els 382 que presenten aquesta necessitat com a tret més específic del seu problema. De totes maneres, com indicàvem a la nota de més amunt, un mateix usuari pot presentar dues o tres necessitats igualment significatives. En aquest cas, les comptabilitzarem totes.

Vegem els elements més destacables d'aquest mapa de necessitats. En primer lloc, es nota un increment important d'usuaris necessitats de tractament per toxicomanies en relació a anys anteriors. Novament hem d'explicar que el creixement de derivacions procedents del Projecte Home (toxicòmans abstinentes que inicien aquest programa) és la raó bàsica de l'increment, tot i que també es produeixen alguns ingressos de toxicòmans que amaguen ser-ho i es descobreix posteriorment.

També és important tenir en compte que l'elevat número de persones necessitades de tractament d'alcoholisme no es correspon a les que després iniciaran algun tipus de teràpia. Molts usuaris no reconeixen el seu problema d'alcoholisme. Durant la seva estada al Centre intentam motivar-los i ajudar-los a assumir la seva problemàtica perquè iniciïn un programa de deshabituació, ja sigui amb nosaltres o a un altre servei, però malauradament només uns pocs ho accepten, com veurem en analitzar els processos realitzats.

Enguany hem introduït el concepte "connexió familiar", que no apareixia al mapa de necessitats de les memòries d'anys anteriors. Creim que aquesta és una necessitat digne de ser esmentada, perquè se'ns presenten casos de persones que duen poc temps a Mallorca i que, donades les seves característiques (problemes psíquics, dificultats evidents per trobar una feina, etc.), difícilment podran trobar una solució aquí, de manera que procuram aconseguir el retorn amb la família.

#### 4.3.5 Processos realitzats

	NRE. INTERVENCIIONS	%
A) Seguiment personalitzat	376	69,6
B) Assist. a situació crònica de necessitat	21	3,9
C) Desintoxicació alcohòlica	46	8,5
D) Interdicció alcohòlica	4	0,7
E) Prova alcoholèmia	17	3,1
F) Entrevistes per tractament alcoholisme	16	3,0
G) Programa "Reviure" (Fase Acollida)	27	5,0
H) Laborteràpia	38	7,0
I) Suport psicològic	29	5,4
J) Suport atenció psiquiàtrica	11	2,0
K) Atenció mèdica	84	15,5
L) Cooperació Projecte Home	38	7,0
M) No determinat	39	7,2
<b>TOTAL</b>	<b>746</b>	

**Nota important:** Els processos realitzats no són excloents, i per tant la xifra global (746) no indica el mateix número d'usuaris, ja que una mateixa persona pot haver realitzat diversos processos. Els percentatges sí que s'han comptat

sobre el número total d'usuaris (540).

Les dades que acabam d'aportar marquen la incidència del nostre treball sobre les persones acollides. En aquest sentit, ens satisfà veure l'augment continu del número global d'intervencions realitzades respecte als darrers anys. Concretament, l'any 1994 comptàvem un total de **263** processos, mentre que l'any 1995 creixen fins a **746**. Això posa de manifest que la nostra intenció d'oferir un servei per a la promoció integral de la persona, i no un servei únicament assistencial, s'està verificant cada cop més. Paral·lelament, aquest creixement és fruit de la posada en marxa de la dinàmica de seguiments personalitzats, com veurem seguidament.

Donada la importància d'aquest apartat, serà convenient que vegem amb detall el significat i els continguts de cadascun dels enunciats que apareixien a la taula anterior.

**A) Seguiment personalitzat:** Quan exposàvem el nostre model d'intervenció (capítol 2), assenyàvem l'inici d'una dinàmica de seguiment personalitzat dels usuaris. Seguint les directrius del Pla d'Intervenció, durant els primers dies de l'ingrés d'una persona al Centre s'assigna el seu seguiment a un monitor-educador. A partir d'aquest moment, i junt amb els professionals que intervinguin amb la persona, procurarà establir una relació de confiança mútua que afavoresqui l'assumpció de compromisos i la disposició al canvi personal. Aquesta dinàmica, que valoram com a molt positiva i creim que haurem d'aprofundir i potenciar, reforça el caràcter educatiu i d'acompanyament de la feina que es fa en l'àrea d'acollida.

A la taula de processos realitzats hem consignat **376** seguiments personalitzats, que corresponen al **69,6%** dels usuaris. Això no significa que el 30,1% que hi falta per arribar al total de 540 usuaris vagin ingressar al Centre sense ser objecte de seguiment, sinó que aquest no fou significatiu, en la majoria de casos degut a la curta duració de l'estada de la persona al Centre.

**B) Assistència a situació crònica de necessitat:** Els **21** usuaris que indicam (**3,9%**) són aquelles persones caracteritzades per la cronicitat de la seva situació de necessitat i les dificultats per trobar una alternativa a la seva estada al Centre. La seva edat avançada, l'elevat grau d'institucionalització (la majoria porten anys residint a l'Hospital de Nit, tot i que alguns de manera intermitent), la manca de recursos econòmics suficients, l'alcoholisme crònic i la salut precària són els aspectes més rellevants de la seva situació. En la intervenció amb aquestes persones, tot i que no volem perdre el caràcter de promoció i reinserció social, la tònica dominant és la cobertura de les necessitats bàsiques, l'acompanyament quotidià i l'atenció a la salut, sense unes perspectives de sortida del Centre a curt termini.

**C) Desintoxicació alcohòlica:** No tots els usuaris que decideixen iniciar una teràpia per l'alcoholisme necessiten dur a terme una pauta de desintoxicació. En molts de casos, es motiva la persona perquè passi del consum habitual a l'abstinència mitjançant la reducció progressiva de les ingestes, per tal que des d'aquí segueixi un tractament de deshabitació, ja sigui incorporant-se al nostre Programa "Reviure" o a través d'un tractament ambulatori (Servei Municipal de Drogodependències de Palma, Alcohòlics Anònims, etc.). Tanmateix, sempre que l'Equip Terapèutic ho considera necessari, o per prescripció facultativa, es durà a terme una pauta de desintoxicació ingressant en règim familiar i amb estricta vigilància mèdica.

L'any 1995 hem realitzat **46** intervencions d'aquest tipus (**8,5%** sobre el total d'usuaris). La xifra és lleugerament inferior a la de 1994, quan es va produir



---

un increment molt important respecte als anys anteriors. Però no deixa de ser elevada en proporció al número total d'usuaris, dada que confirma una vegada més l'elevada incidència de l'alcoholisme entre les persones que acollim.

**D) Interdicció alcohòlica:** D'entre els usuaris afectats per l'alcoholisme, n'hi ha que difícilment poden dur a terme un programa terapèutic de canvi personal, ja sigui per la seva edat avançada, per una immaduresa personal manifesta, o per altres raons. En alguns d'aquests casos, si es considera que la persona pot arribar a l'abstinència mitjançant l'administració regular d'un interdictor (Colme, Antabus, o altres), l'Equip Terapèutic li fa una proposta en aquest sentit. Si la persona l'accepta, l'interdictor li serà administrat amb control mèdic, i sempre després d'informar degudament la persona sobre els greus efectes d'una ingesta alcohòlica quan es pren un interdictor.

Només s'ha administrat interdictor d'una manera regular a 4 usuaris durant el 1995, donat l'elevat risc d'aquesta mesura terapèutica. De fet, només s'arriba a proposar l'administració d'interdictor quan es té prou confiança en la disposició i capacitat de la persona, i després d'un període adient de conscienciació.

**E) Prova de l'alcoholèmia:** Aquest mitjà de control de les ingestes alcohòliques consisteix en l'ús de l'alcoholímetre electrònic de què disposam. Quan una persona ingressa a l'Hospital de Nit, mitjançant la seva signatura del reglament de règim intern accepta que en un moment donat podrà ser sotmès a la realització d'una prova sobre el consum d'alcohol. En aquest sentit, moltes vegades realitzam aquesta prova a persones acollides, d'una manera puntual, per tal de conèixer el seu nivell de consum alcohòlic.

Però aquí no comptabilitzam aquestes proves, sinó únicament aquelles que s'han realitzat d'una manera periòdica i regular (diàriament o en dies alterns). És a dir, les 17 intervencions que consignàvem a la taula corresponen a disset persones que durant un temps més o menys llarg han duit a terme la prova de l'alcoholèmia amb una finalitat terapèutica: per ajudar-los a prendre consciència de la seva dependència de l'alcohol, per motivar-los a reduir progressivament el consum d'una manera avaluable, o com a mitjà de control mèdic.

**F) Entrevistes per a tractament d'alcoholisme:** Consignam aquí únicament els 16 casos de persones que han donat les primeres passes per a iniciar un tractament d'alcohol, assistint a una o vàries entrevistes d'orientació i diagnòstic amb la Treballadora Social, però que per decisió pròpia l'han abandonat en aquesta fase inicial, o bé han estat derivats a altres serveis terapèutics.

**G) Programa "Reviure" (Fase d'Acollida):** Tal i com explicàvem al capítol 2 ("Model d'Intervenció"), en l'Àrea Terapèutica es duu a terme la primera etapa del Programa de deshabitució de l'alcohol "Reviure", i indicàvem ja els objectius, la metodologia i les activitats d'aquesta etapa. Per tant, no cal repetir-ho aquí. Basta indicar que els usuaris que l'inicien, en el moment que l'Equip Terapèutic considera oportú són derivats a la Comunitat Terapèutica Son Ribes per a continuar la segona fase del programa terapèutic, que finalitzarà amb l'etapa de Reincerció (tercera fase).

Durant l'any 1995 han iniciat la fase d'acollida 27 persones (un 5,0% del total dels usuaris), però no totes s'hi han incorporat de la mateixa manera. Algunes havien ingressat a l'Hospital de Nit sense una intenció explícita de començar un programa terapèutic, però la motivació i el seguiment personalitzat els han fet decidir-se. Altres han acudit al Centre directament per iniciar el tractament, després de l'assistència a les entrevistes d'orientació de forma externa (sense estar

---

acollits). Alguns han necessitat la realització prèvia d'una pauta de desintoxicació, altres han aconseguit l'abstinència requerida per a començar el programa amb l'esforç personal.

**H) Laborteràpia:** Els **103** usuaris que comptam en aquest apartat, i que suposen un **19,1%** del total, són les persones que, estant acollides a l'Hospital de Nit, han accedit a aquest servei durant l'any 1995. Cal fer aquesta puntualització perquè hi ha un número de persones que, sense haver ingressat al Centre, sí que han realitzat Laborteràpia, i naturalment no estan incloses aquí.

Pel que fa als **103** usuaris de l'Hospital de Nit que han participat en els Grups de Laborteràpia, val a dir que la decisió ha estat presa per part dels equips d'intervenció, i que es du a terme baix supervisió i control d'algun professional del Centre. Les raons que aconsellen l'accés a aquest servei són múltiples: treball protegit com a suport d'un procés terapèutic, ajuda econòmica puntual per facilitar la mobilitat en la recerca de treball, per viatjar fora de Mallorca, per adquirir un complement sanitari no finançat per la Seguretat Social —ulleres, pròtesis dentals...—, per afavorir l'adquisició d'habilitats laborals en vistes a l'accés al mercat laboral normalitzat, etc.

**I) Suport psicològic:** La situació de conflicte personal d'alguns usuaris reclama una atenció professional específica de suport afectiu, de motivació al canvi, d'ajuda per al restabliment de l'equilibri vital i psicològic, etc. Amb aquest fi, l'Equip Terapèutic compta amb una psicòloga, que no realitza la seva tasca com una activitat individual aïllada del context, sinó com una intervenció potenciada i reforçada per la dinàmica de treball en equip. Per això, les **29** intervencions de suport psicològic que indicam a la taula de processos realitzats no esgoten tota la feina de la psicòloga. Aquí hi hem comptat només les vint-i-nou persones que han realitzat un procés específic d'entrevistes o seguiment psicològic, excloent les intervencions ocasionals, així com les orientacions que la psicòloga hagi pogut donar als equips d'intervenció en relació a determinats casos.

**J) Suport a l'atenció psiquiàtrica:** Hem consignat aquí les **11** persones que, estant acollides a l'Hospital de Nit, independentment de la duració de la seva estada estan en tractament psiquiàtric o reben atenció a l'Hospital Psiquiàtric de Palma de Mallorca. En aquests casos, la intervenció duita a terme pel nostre Centre es basa en el seguiment coordinat amb els professionals psiquiàtrics responsables de cada cas.

**K) Atenció mèdica:** Donada la importància de les dades sobre la salut dels usuaris, hem preferit consignar-les a part, d'una manera molt més exhaustiva i detallada. (vegeu l'apartat "**4.4 Informació mèdico-sanitària**"). Així, les **84** intervencions que hem consignat a la taula de processos inclouen només els casos en què la recuperació de la salut és l'aspecte prioritari del procés de la persona.

**L) Cooperació Projecte Home:** El procés seguit per les **38** persones derivades pel Projecte Home consisteix en la seva estada a l'Hospital de Nit fins el moment en què el Projecte Home considera oportú l'ingrés en un dels seus centres. Per tant, la nostra intervenció amb ells és mínima, limitada al seguiment coordinat amb els responsables del Projecte.

### 4.3.6 Motius de sortida

	NRE. DE SORTIDES	%
A) Sortida voluntària / abandonament	187	29,6
B) Modificació situació laboral	114	18,1
C) Cobrament de prestació pública	37	5,9
D) Modificació de la situació familiar	13	2,0
E) Final temps acordat	122	19,3
F) Alta / final tractament	14	2,2
G) Derivació a un altre servei	63	10,0
H) Ingress hospitalari	34	5,4
I) Ingress centre penitenciari	1	0,1
J) Incompliment compromisos / expulsió	38	6,0
K) Altres	2	0,3
L) No determinat	7	1,1
TOTAL	632	100

**Nota important:** els números i percentatges d'aquesta taula i el seu gràfic corresponen a les sortides de 1995 (632), i no al número d'usuaris (540).

Hem preferit incloure les dades sobre els motius de sortida dins aquest capítol sobre el perfil dels usuaris, i no en el de les dades estadístiques del servei, ja que ens aporten una informació que s'ha de tenir en compte per valorar els resultats dels processos indicats anteriorment.

De fet, les **187 sortides voluntàries** (un **29,6%** del total), que quasi sempre impliquen l'abandonament d'un procés educatiu-terapèutic iniciat al Centre, estan en consonància amb les interpretacions que treiem d'altres dades: són símptoma de la desmotivació per al canvi, de la dificultat de moltes persones per sortir de la seva situació de marginalitat afrontant amb decisió els seus problemes, i expliquen el moviment "cíclic" de molts usuaris dins la xarxa de serveis socials, especialment d'acollida.

Per això, també hem d'entendre com a ruptura amb el procés personal algunes de les sortides que aquí hem consignat com a "**modificació de la situació laboral**". En efecte, molt poques sortides laborals gaudeixen d'un bon nivell de seguretat i duració, i per tant no impliquen una reinserció estable en el mercat de treball, sinó una ocupació temporal.

Naturalment, hi ha raons socio-econòmiques, externes a les persones, que ajuden a explicar aquesta realitat: l'economia submergida, l'anomenada "flexibilització" del mercat de treball, que des d'un punt de vista social amaga un creixement de la inestabilitat laboral, i afavoreix l'exclusió dels sectors de la població amb menys habilitats o recursos personals, manco preparats per a la competència, manco formats professionalment. Però sense menystenir la importància d'aquesta situació, hem de destacar les raons de tipus personal.

Com ja hem dit diverses vegades, la poca disponibilitat al canvi, la baixa autoestima, la desmotivació, etc., són factors que influeixen poderosament a l'hora d'afrontar les exigències d'un procés de reestructuració personal, de recuperació

de l'autonomia, de restabliment de l'equilibri vital. Per això, moltes persones arriben a l'Hospital de Nit perquè no tenen mitjans de subsistència i necessiten allotjament, però quan es troben amb l'exigència d'assolir uns compromisos opten per la sortida voluntària, renunciant a la possibilitat d'iniciar un procés que, per ventura, els ajudaria a superar els seus problemes.

Les sortides per "**final del temps acordat**" (122, un 19,3%) inclouen realitats molt diverses. També aquí, en alguns casos no es perllonga l'estada al Centre per què consideram que pot influir negativament en la persona (tendència a la institucionalització i cronificació), o bé perquè la persona no està disposada a renovar un compromís o a iniciar un procés de canvi. Però també hi ha altres motius dins aquest apartat: superació d'una necessitat puntual, trobament d'un allotjament alternatiu, sortida de Mallorca, etc. És sobretot dins aquest apartat on s'hauria de fer una valoració de resultats, però la recollida de dades que hem efectuat no ens aporta les dades necessàries per fer-ho. Serà en la Memòria de l'any 1996 quan, havent realitzat la recollida de dades mitjançant el Programa "CENTRES", podrem dur a terme aquesta valoració. Tanmateix, cal indicar que l'important increment de "sortides per final del temps acordat" que s'han produït el 1995 en relació als anys interiors, es deu a la dinàmica de seguiments personalitzats, que afavoreix la promptitud i regularitat en la revisió dels terminis d'estada de cada persona.

Sí que podem treure una valoració positiva de les sortides per "**Alta / Final tractament**". En efecte, aquí hi hem inclòs les sortides produïdes per una millora qualitativa de la salut quan el motiu d'ingrés era sobretot mèdic, i les sortides després de la realització d'una pauta de desintoxicació. En total, són 14.

No hi figuren, en canvi, les sortides de les persones que, havent acabat la fase d'acollida del Programa "Reviure", són derivades a la Comunitat Terapèutica Son Ribes. Aquestes sortides estan englobades dins el grup "**Derivació a un altre servei**".

No creim necessari comentar els altres motius de sortida, ja que en l'enunciat a la taula i al gràfic, el seu significat apareix prou explícit. Només afegir que de les 34 "**sortides per ingrés hospitalari**", es van produir 2 defuncions a l'Hospital General de Palma.

#### 4.4 Informació mèdico-sanitària

La importància de les dades referides a la salut dels usuaris és prou gran com perquè li dediquem un apartat específic. Així, idò, seguidament oferim la informació que ens permetrà copsar el perfil mèdico-sanitari dels usuaris, així com les intervencions dutes a terme en aquest àmbit per l'Equip Terapèutic, i en particular pel Metge de l'Insalud que visita a l'Hospital de Nit.

Igualment, és important destacar la funció de la Diplomada en Infermeria en aquest àmbit. En moltes ocasions, les persones ateses col·laboren mínimament en les intervencions mèdiques requerides per a millorar la seva salut, i per això el seguiment quotidià, proper i insistent, es fa absolutament necessari per poder avançar.

##### 4.4.1 Diagnòstics

Durant l'any 1995, el Metge ha realitzat un total de 736 visites a usuaris del Centre. La major part corresponen a controls periòdics de tractaments (sovint acom-

panyats de derivació a especialistes), afeccions de medicina interna, costipats i estats gripals, odontàlgies, i valoració de resultats d'anàlitzes i Raigs-X.

Una breu ullada als diagnòstics que presentam més avall és suficient per entendre l'elevada freqüència de trastorns de salut entre les persones ateses, conseqüència de la seva baixa qualitat de vida en tots els sentits. Concretament, algunes malalties guarden una relació directa amb el consum habitual de substàncies tòxiques, i en especial amb el tabac i l'alcohol (sobretot afeccions respiratòries i gàstriques i traumatismes, com es pot veure a la taula següent). Per això, la intervenció mèdica que es duu a terme a l'Hospital de Nit s'inscriu dins el model terapèutic del Centre: més enllà de les accions puntuals per al tractament d'una afecció concreta, pretén adoptar un caràcter preventiu, centrant-se en les causes que originen els trastorns, i motivant les persones perquè iniciïn un canvi d'hàbits que els aportí un major benestar integral.

	NRE. D'USUARIS	%
<b>Malalties orgàniques:</b>		
A) Patologies de l'aparell respiratori	80	14,8
B) Patologies de l'aparell digestiu	37	6,8
C) Odontàlgies	18	3,3
D) Patologia de la pell i subcutània	22	4,1
E) Malalties endocrines	8	1,5
F) Afeccions precisades d'interv. quirúrgica	10	1,8
G) Patologies cardíaques	10	1,8
H) Patologies otorrinolaringològiques	11	2,0
I) Patologies de l'aparell genito-urinari	8	1,5
J) Malalties oculars		
<b>Trastorns mentals:</b>		
K) Esquizofrènia	5	0,9
L) Depressió	1	0,2
M) Trastorn mixt de personalitat	1	0,2
N) Psicosis	1	0,2
O) Borde-line (deficiència mental)	5	0,9
P) Paranoia	1	0,2
Q) Personalitat maníaca	3	0,5
R) Demència	1	0,2
<b>Traumatismes:</b>		
S) Fractures, contusions, ferides...	42	7,8

**Nota important:** els percentatges s'han calculat sobre el número total d'usuaris (540), no sobre la suma de diagnòstics. Per altra banda, és evident que un mateix usuari pot patir diverses malalties, i per tant la suma de diagnòstics no equival al número de persones.

#### 4.4.2 Addiccions

	NÚM. D'USUARIS	%
A) Alcoholisme detectat i reconegut	148	27,4
B) Alcoholisme detectat i NO reconegut	30	5,6
C) Alcoholisme dubtós	49	9,1
D) Altres toxicomanies (heroïna, cocaïna...)	34	6,3
E) Ludopatia	15	2,8
F) Alcohol + altres toxicomanies	32	5,9
G) Alcoholisme + ludopatia	6	1,1
H) Sense cap addicció	120	22,2
I) No determinat	106	19,6
TOTAL	540	100

Les xifres aportades són prou eloqüents per elles mateixes, revelant la greu realitat amb què ens trobam. Si sumam totes les persones que amb tota seguretat tenen alguna addicció (reconeguda o no), arriben fins a **265** (el **49,1%**). Però a més, és lògic pensar que la xifra real ha de ser considerablement més elevada, ja que hi hauríem d'afegir alguns dels casos d'alcoholisme dubtós i altres dels no determinats (per manca de coneixement suficient). Vist això, l'atenció preferencial al problema de l'alcoholisme apareix com una necessitat primordial que mereix tot el nostre esforç i dedicació.

Podem avançar que a la Memòria de 1996 completarem les dades sobre addiccions dels usuaris amb la informació sobre el nivell de consum, tal com preveu la fitxa de recollida de dades del Programa "CENTRES".

#### 4.4.3 Analítiques, proves i controls

	NÚM. DE PROVES	%
Analítiques generals	127	23,5
Orina	93	17,2
Lues	71	13,1
HIV	41	7,6
Marcadors hepàtics	74	13,7
BK, cultiu	49	9,1
Mantoux	113	20,1
RX trauma	6	1,1
RX tòrax	66	12,2
Altres RX	4	0,7
Ecografies	6	1,1
Endoscòpies	1	0,2
Tac	1	0,2
Analítiques d'opiacis i altres drogues	15	2,3
Controls regulars d'alcoholèmia	16	3,0
Altres	23	4,3
TOTAL	706	

---

**Nota important:** els percentatges s'han calculat sobre el número total d'usuaris (540), no sobre la suma d'analítiques i proves. D'aquesta manera es percep amb més claretat l'elevat número d'intervencions realitzades.

Aquestes dades ens aporten una informació molt concreta que ajuda a fer-nos una idea aproximada sobre els aspectes de la salut dels usuaris que requereixen una major atenció. Per això creim convenient destacar-ne els aspectes més significatius.

**Analítiques generals i d'Orina:** Moltes persones, en el moment d'ingressar a l'Hospital de Nit presenten un estat de salut precari i deteriorat, però en la majoria de casos no acrediten cap informe mèdic que porti a la Diplomada en Infermeria o al Metge un mínim d'informació actualitzada per a poder elaborar un diagnòstic i plantejar una intervenció. En molts d'aquests casos, en els primers dies després de l'ingrés es practiquen aquestes analítiques, especialment importants per a conèixer el nivell d'afectació hepàtica dels alcoholítics.

**Lues i HIV:** Considerant els hàbits higiènics i sexuals de l'univers social que atenem, en alguns casos el personal mèdic del Centre aconsella la realització d'aquestes proves, per determinar la possibilitat d'una infecció sifilítica o del virus de la immunodeficiència humana, ja que si bé és cert que ambdues enfermetats no tenen símptomes aparents, a la llarga poden tenir greus conseqüències. Està clar que per a la realització d'aquestes proves es demana sempre l'autorització explícita del pacient.

**Marcadors hepàtics:** A part de les analítiques generals i d'orina que asseynalàvem més amunt, que es realitzen a un gran número d'usuaris, quan es sospita o detecta una afecció hepàtica (sovint relacionada amb l'alcoholisme o amb una hepatitis), s'aconsella la realització d'aquesta prova.

**Mantoux, RX tòrax i BK-cultiu:** Com se sap, la tuberculosi és una enfermetat endèmica en el nostre entorn geogràfic, i té una incidència especialment elevada en persones del perfil que nosaltres atenem (alcoholisme, mala nutrició, carència de vivenda o habitatge insalubre, etc.). Aquestes proves, que es realitzen per aquest ordre quan la primera ha estat positiva, serveixen per determinar la possibilitat d'una infecció tísica. De tota manera, hem d'explicar que l'elevat número de proves Mantoux realitzades durant 1995 (113, efectuades sobre un 20,1% del total dels usuaris) es deu a que quan la Diplomada en Infermeria s'incorporà a l'Equip Terapèutic (gener de 1995), les dades sobre les persones que en aquell moment estaven acollides a l'Hospital de Nit no estaven actualitzades. Aleshores, juntament amb el Metge, va considerar oportú efectuar una campanya de realització de la prova Mantoux, que va abastar la pràctica totalitat dels usuaris d'aquell moment. Per aquest motiu, la xifra de l'any 1996 sobre aquesta prova en particular serà, lògicament, molt menor.

**RX trauma i altres RX:** A primera vista pot semblar contradictori que, havent-hi un número tan elevat de diagnòstics de traumatismes (42; vegeu l'apartat 4.4.1), les proves de raigs-X siguin tan poques. La raó és que les persones que acudeixen al Centre amb una afecció traumàtica, per regla general ja han estat

ateses a un centre de salut o hospital, on se'ls han realitzat les proves oportunes. Per això, si després són acollides a l'Hospital de Nit i presenten un informe mèdic o les mateixes radiografies, no els fem repetir aquestes proves. El que sí fem és derivar aquestes persones, quan ho necessiten, al traumatòleg de referència.

**Ecografies, Endoscòpies, Tac:** aquestes proves es realitzen només a persones que es preveu que faran una llarga estada a l'HN, ja que el temps que transcorre entre la realització d'una prova i l'obtenció del resultat és relativament llarg. Certament, el diagnòstic és important, però està en relació a les possibilitats de continuar el tractament adequat. Si una persona sabem que farà una estada curta al Centre (transeünts, emergències...), no té massa sentit iniciar un tractament de llarga durada.

**Analítiques d'opiacis i altres drogues:** A apartats anteriors ja hem explicat que en principi l'Hospital de Nit no acull toxicòmans, sinó que aquests són derivats al centre "Sa Placeta", segons preveu el Circuit de Coordinació de la Marginació. Tanmateix, algunes persones que ens demanen acollida neguen o amaguen el consum de drogues. Quan una persona ingressa, mitjançant la seva signatura del reglament de règim intern accepta que en un moment donat podrà ser sotmesa a la realització d'una prova per determinar el consum d'alcohol o d'altres substàncies estupefaents. Per això, quan tenim sospites de consum de drogues, requerim a la persona l'aportació d'una mostra d'orina per a la realització d'una analítica. Si el resultat és positiu, es produirà la sortida immediata del Centre.

**Controls regulars d'alcoholèmia:** Com explicàvem a l'apartat "4.3.5 Processos realitzats" les raons per a realitzar un control regular del consum d'alcohol a determinades persones poden ser diverses: per ajudar-les a prendre consciència de la seva dependència, per motivar-les a reduir el consum, o com a mitjà de control mèdic.

**Altres:** Hem inclòs aquí les diferents proves que es realitzen quan es detecta o sospita alguna patologia concreta: proves hormonals (per detectar afeccions prostàtiques, tiroidees...), nivell de vitamina B12 i àcid fòlic (deficitaris en els alcohòlics), etc.

#### 4.4.4 Vacunacions

	NRE. DE VACUNES	%
Antigripals	30	5,5
Antitetàniques	15	2,7
Hepatitis B	16	3,0
TOTAL	61	

**Nota important:** els percentatges s'han calculat sobre el número total d'usuaris (540), no sobre la suma de vacunacions practicades.

La majoria de persones acollides a l'Hospital de Nit d'una manera estable (estada de llarga duració) pateixen afeccions respiratòries cròniques, que s'agregen amb un eventual costipat o grip, sobretot a l'hivern, comportant un perill elevat per a la salut. Les vacunes antigripals indicades es van administrar sobretot a aquestes persones.



Quan una persona sofreix una contusió, en el moment que és atesa a un Hospital rep la primera dosi de la vacuna antitetànica, que haurà de ser actualitzada periòdicament. Les vacunes antitetàniques administrades a l'Hospital de Nit són, per tant, les dosis periòdiques que s'apliquen a persones que prèviament a l'ingrés havien estat ateses per una contusió a algun centre hospitalari i havien rebut l'esmentada primera dosi.

Finalment, les vacunes preventives de l'Hepatitis B van ser administrades al personal del centre que ho va desitjar, ja que donat el risc de contagi es va considerar oportuna la realització d'una campanya de vacunació.

#### 4.4.5 Derivacions a especialistes

	NRE. D'USUARIS	%
Urologia	6	1,1
Oftalmologia	6	1,1
Cardiologia	6	1,1
Endocrinologia	2	0,4
Dermatologia	4	0,7
Cirurgia Vascular	6	1,1
Aparell digestiu	5	0,9
Otorrinolaringologia	3	0,5
Traumatologia	5	0,9
Psiquiatria	8	1,5
Neurologia	2	0,4
Odontologia	10	1,8
Intervenció quirúrgica	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	

**Nota important:** novament, aquí els percentatges s'han calculat sobre el número total d'usuaris (540), no sobre la suma de les derivacions efectuades, per tal d'ajudar a captar més clarament la interpretació de les dades en relació al conjunt de persones ateses.

És fonamental llegir aquestes dades en relació als diagnòstics que registrem a l'apartat 4.4.1. Tanmateix, algú podria pensar que la gravetat d'algunes afeccions diagnosticades no ve corresposta amb el número de derivacions a especialistes que seria d'esperar. Aquí, igual que en el cas d'algunes proves o controls, s'han de valorar les possibilitats reals d'iniciar o seguir un tractament amb un especialista. Així, per exemple, en el cas de transeünts, la previsió d'una curta estada al Centre desaconsella la tramitació d'una cita amb un especialista que potser tardarà en poder-se dur a terme. Per altra banda, tampoc no té gaire sentit una derivació quan la persona dona proves d'una nul·la disposició a seguir una pauta terapèutica. Tanmateix, quan el Metge ha efectuat un diagnòstic, encara que això no vagi acompanyat de la derivació a un especialista, sempre s'informa la persona de la seva dolència, perquè decideixi allò que cregui més oportú.

---

*El passat 1 d'octubre se celebrà el Dia Internacional de les Persones Majors. En relació a aquest esdeveniment, la redacció d'Alimara és congratulada de presentar als seus lectors un seguit d'articles sobre aquest sector de població i que passam a presentar tot seguit.*

*En primer lloc trobam uns articles sobre un tema comú, les petites unitats de convivència, les alternatives a l'allotjament. Conformen el gruix de l'article tres parts diferents, encapçalades per una introducció al tema. Tot seguint la breu introducció, trobam l'article «Una casa com a casa», de Robin Currie, director del Personal Service Society d'Anglaterra. El segueix l'article «Les petites unitats de convivència: Les alternatives del Grup Salmó», signat per Bartomeu Barceló, coordinador de l'Equip de Vellesa i Família de la Comissió de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca. Per últim, es presenta l'article «L'alternativa de l'allotjament», de Tòfol Sastre, treballador social del mateix equip.*

*En segon lloc es presenta l'article «L'abandonament i maltractaments a les persones velles que viuen en medi obert», signat per Nofre Bisbal i Margalida Roig, treballadors socials dels ajuntaments de la Part Forana de Mallorca, Sóller i Campos, i Julià Baltasar i Joan Antoni Salas, psicòleg i treballador social de l'equip de Vellesa i Família. Aquest grup de professionals ha comptat amb la col·laboració d'Antoni Bustillo, llicenciat en dret i responsable de la Unitat de Famílies Nombroses d'aquesta Comissió de Benestar Social.*

*De tots és sabut l'existència de maltractaments a infants i a dones, i sobre ambdós col·lectius ja es pot trobar literatura; ara bé, tal com afirmen els autors, «L'abandonament i els maltractaments als ancians són difícils d'entendre per la majoria de les persones que consideren que únicament es donen en les institucions». Per tant, és un document que es pot considerar una primera aproximació al tema des de l'àmbit mallorquí.*

*Per últim, es presenta l'article «Intervenció psicosocial a la Mancomunitat del Pla de Mallorca a l'àmbit de la vellesa», signat per Bartomeu Barceló i Joan Antoni Salas, que ens presenta una anàlisi de la intervenció psicosocial a una comarca mallorquina amb uns indicadors d'envelliment tant importants com és la comarca del Pla de Mallorca, en concret dels pobles que integren la Mancomunitat Pla de Mallorca. Aquesta anàlisi es basa en les dades de l'Estudi sobre Recursos Socials a la Mancomunitat del Pla.*

---

---

## LES PETITES UNITATS DE CONVIVÈNCIA

Arran dels contactes establerts amb els membres del Grup Salmó al Seminari que oferiren a Madrid (desembre de 1995), l'Equip de Vellesa i Família ha pogut conèixer les seves experiències sobre el que denominen «petites unitats de convivència», cases per a persones majors que els permeten un projecte de vida personalitzat i integrat a la comunitat com alternativa a l'ingrés a establiments residencials.

Precisament arran d'aquest seminari rebérem l'article de Robin Currie, membre del Grup al Regne Unit, que parla de les seves experiències en el tema i que vol adreçar a aquells majors estrangers que resideixen a Mallorca.

Per una altra part, l'Equip de Vellesa i Família, des dels seus programes de treball, ha anat treballant i donant suport tècnic i econòmic a algunes experiències pioneres a Mallorca (Alaró, Binissalem), a la vegada que ha avançat criteris tècnics per emmarcar-les. Dins aquest marc de reflexió a partir de la realitat, s'incorporen les aportacions de Bartomeu J. Barceló i de Tòfol Sastre, psicòleg i treballador social de l'equip respectivament.

En la primera aportació es recullen els elements descriptius i criteris d'intervenció del Grup Salmó. Juntament amb l'escrit de R. Currie, deu ser la primera difusió escrita de la feina del Grup Salmó a Mallorca.

En la segona aportació s'exposen un conjunt de criteris tècnics que marquen, des d'una perspectiva integradora i globalitzadora, l'aplicació adaptada a la realitat de Mallorca de les experiències alternatives d'allotjament per a majors. Precisament la conceptualització de «cases de padrins» que proposa l'autor, pot ser una bona forma de concretar, amb perspectiva oberta, aquests tipus de recursos a la nostra illa.

## UNA CASA COM A CASA

**Robin Currie,**  
Director del PSS<sup>(\*)</sup>, Liverpool

Amb l'augment del nombre de britànics que, any rera any, s'instal·len a l'estranger és possible que molts dels que frueixen de climes més temperats hagin oblidat que ells encara són capaços de beneficiar-se d'idees que estan inspirant nous i innovadors apropaments vers l'ciment dels majors a la Gran Bretanya. Hi ha organitzacions que, a través de serveis, pretenen conèixer les necessitats de persones en circumstàncies similars a les de tots aquells britànics a l'estranger.

Una d'aquestes organitzacions és el PSS, una entitat independent i no governamental fundada l'any 1919 que ofereix un ampli ventall de serveis a individus

---

i comunitats de totes les edats i estaments socials. El principal objectiu del treball del PSS és millorar la qualitat de vida mitjançant la qualitat del servei. Aquesta organització és, a la vegada, pionera i innovadora en aquest punt de vista, explorant les necessitats socials i les noves i innovadores vies per conèixer-les. Un d'aquests projectes que realitza el PSS és l'esquema de «Vida en grup protegida» que ha estat reconegut per la Comissió Europea com a part de l'àmplia xarxa coneguda per el «Grup Salmó». Aquest projecte se centra en la vida en petits grups de majors com a alternativa a les formes tradicionals d'esment institucionals.

El projecte de vida en grup protegida entrà en funcionament el 1985 a Liverpool i des de 1993 abasta tot Europa.

L'atenció és realitzada per grups de tres persones majors en la comunitat local. Els residents viuen en una casa normal, cèntrica quant als serveis comunitaris locals. Cada casa comprèn àrees privades i comunes. L'apropament a l'atenció de la gent gran és molt flexible i els serveis es creen a la mesura de les necessitats de cada persona. Algunes, amb un alt nivell de dependència probablement en requereixen molts; altres, per contra, no tants. Així i tot, cada via, cada sistema d'atenció s'adapta tot i atenent la seva adiacència. Les activitats diàries es duen a terme amb la col.laboració del cuidador que pot adaptar-les, si ho creu convenient, emfasitzant en les de caire social dins la comunitat. Això permet als residents establir contactes i sentir-se una part genuïna i viva en l'àrea local.

Quant als residents estrangers a Gran Bretanya, la via més significativa és la de sensibilització cultural que s'aplica en aquestes petites llars. N'hi ha tres, de llars, en les quals cada actuació està dissenyada per trobar les necessitats dels residents bé siguin somalís, xinesos o afrocaribenys. Cada llar està especialment adaptada, incorporant elements com equips de cuina especialitzats, i en les que s'hi podran trobar els requeriments culturals dels residents. El cuidador de la llar parlarà la llengua nativa i s'assegurarà que mitjans de comunicació -periòdics o videos- estiguin disponibles en la seva llengua. Aquestes atencions especials han ajudat considerablement a combatre el sentiment d'aïllament resultat d'elements com l'absència de capacitat lingüística, promovent un sentiment d'identitat cultural dins una comunitat estrangera.

Se'ns ha suggerit que aquesta idea pot ser molt interessant per a la gent gran que resideix a l'estranger, com per exemple Espanya. Aquest tipus de servei adaptable i orientat individualment permet a cada persona major mantenir-se en contacte amb la seva veritable identitat cultural alhora que facilita la integració i el plaer de la vida dins la comunitat local.

Ens agradaria molt compartir experiències i conèixer els punts de vista de la gent gran que viuen a Mallorca. A la gent gran de la Gran Bretanya, que no podran viure sols durant gaire temps tot i que desitgin seguir vivint a Mallorca, els poden interessar aquests projectes?

---

(\*) Personal Service Society. Per a més informació i contactes: PSS. 18 Seel Street. Liverpool. L 1 4BE. England. Tel. +0151-707.0131. Fax +0151-707.0039

---

# **LES PETITES UNITATS DE CONVIVÈNCIA: LES ALTERNATIVES DEL GRUP SALMÓ<sup>(1)</sup>**

**Bartomeu J. Barceló Ginard,**  
Psicòleg.

Coordenador de l'Equip de Vellesa i Família

## **I. EL GRUP SALMÓ**

El Grup Salmó és una xarxa supranacional d'organitzacions professionals les quals promouen petites llars amb suport per a les persones majors com a alternativa a l'ingrés a institucions residencials d'ancians. La filosofia del grup es basa a subministrar suport a la gent major respectant les seves necessitats i eleccions, treballant per respondre d'una manera personalitzada i operativa a les diferències individuals, ja estiguin basades en diferències culturals, de capacitats funcionals o de salut mental. Aquest grup estén la seva experiència pràctica mitjançant seminaris, visites de treball, sessions de treball i entrenament, i articles i conferències. El Grup ha arribat a ser conegut com a Grup Salmó. Com és sabut, aquest peix neda contra corrent. Es tracta, doncs, d'un nom adient ja que el grup «neda» contra els corrents del pensament tradicional en el tema de l'assistència als majors mitjançant macroinstitucions residencials amb criteris de reglamentació i homogeneització de les atencions als ancians.

Els principis generals del Grup Salmó són els següents:

1. Les persones majors són les responsables de les seves vides i de les seves eleccions malgrat estiguin malaltes o discapacitades. Elles han de poder exercir els seus drets en qualsevol moment.
2. El treball dels professionals ha de basar-se en la voluntat i les eleccions de la gent major i no en la seva pròpia percepció del que és millor per als vells.
3. Les ajudes i les assistències es donen d'acord amb les necessitats individuals i no estan dictades per cap normativa externa, tal i com passa als reglaments dels centres residencials.

Hores d'ara són cinc les organitzacions involucrades en el Grup Salmó, les quals foren seleccionades per la Comissió Europea com a projectes exitosos i innovadors arran de l'Any Europeu de la Gent Gran i la Solidaritat entre Generacions.

## **2. EXPERIÈNCIES DE PETITES UNITATS DE CONVIVÈNCIA DEL GRUP SALMÓ**

### **1. Les cases col·lectives de St. Herblain, França**

Aquesta experiència, administrada pel municipi, la formen quinze vivendes individuals amb espais col·lectius. Està plantejada per a persones majors que ja no

---

poden continuar vivint a casa seva o que acaben de finalitzar una llarga estada hospitalària i retornen al seu municipi. Hi conviuen persones amb problemes físics i altres afectades per trastorns de comportament. Els eixos del projecte pivoten sobre el treball per restablir una manera de viure el més propera possible als costums anteriors, una atenció personalitzada i en el fet d'acceptar el repte de la vida fins al seu acabament. Funciona de dia i de nit amb personal permanent i amb la col.laboració de serveis d'ajuda i assistència domiciliària del municipi. Es treballa específicament la presència i la participació de les famílies, formalitzant se amb cada una i l'ajuntament un contracte de serveis i compromisos.

## **2. Antenne Andromèda, Brussel·les, Bèlgica**

Aquesta organització implementa un projecte dissenyat per a aquelles persones majors que desitgen evitar la soledat però conservant la seva independència. La unitat integrada en un conjunt de vivendes socials es compon de sis apartaments per a cinc residents cada un, amb àrees privades i comunes. Els grups de residents es formen per mútua selecció mitjançant una sèrie d'encontres entre els candidats, els quals conformen entre ells amb qui desitgen viure. Una nova admissió es comunica a tots. El respecte a la llibertat individual, les relacions interpersonals de la vida quotidiana i el suport segons les necessitats per part del personal dels serveis locals de suport a domicili, constitueixen la base del projecte.

## **3. Personal Service Society (PSS), Liverpool, Gran Bretanya**

PSS és una empresa de serveis que gestiona vint-i-cinc petites unitats a Liverpool. En aquest cas, el programa es basa en el concepte de casa en el si d'un barri de vivendes normals en la qual tres persones majors hi viuen juntes, compartint la casa i ajudant-se entre elles. Se'ls ofereix els assistents que hi treballen d'entre 2 i 24 hores segons les necessitats. Els majors segueixen vivint a la seva comunitat i conserven la seva independència, a la vegada que reben l'assistència i les atencions que necessiten. Hi ha cases que es presenten com a alternatives a residències i altres que es destinen a persones que surten d'un hospital psiquiàtric necessitant un important suport terapèutic. Quatre cases acullen majors que pertanyen a minories ètniques amb l'ajuda assistencial de personal de la seva pròpia ètnia per tal de facilitar la integració progressiva. Les vivendes, segons el tipus de residents que hi viuen, reben les visites de control i seguiment del responsable, d'un psiquiatra i d'un treballador social.

## **4. Anton Pieckhofje, Haarlem, Holanda**

Aquest projecte disposa de sis cases agrupades al voltant d'un pati central. En cada casa hi viuen sis persones majors que pateixen distints tipus de demència. L'objectiu consisteix a oferir als residents unes condicions de vida molt semblants a les de la vida normal, amb ajuda i atencions proporcionades per professionals durant les 24 hores del dia. Els residents se senten com a casa seva, amb seguretat i, malgrat patir deficiències psíquiques, tenen la sensació de dignitat personal i d'independència. S'ocupen preparant els seus menjars, rentant la roba i netejant la casa. Se'ls anima a què facin petites coses per ells mateixos.

Es destina un petit equip de cuidadors a cada casa, amb la qual cosa els residents reconeixen els que els ajuden tot oferint-los poc a poc la seva confiança.

### **5. Departament per a gent gran i jubilada, Villeurbanne, França**

Els domicilis col·lectius d'aquesta localitat estan administrats per l'Oficina de Villeurbane per a persones majors i jubilats, i han estat concebuts en el marc d'un enfocament global de la política de vellesa del municipi.

Es tracta de dues unitats de tretze i deu persones cada una, obertes respectivament els anys 1.988 i 1.992, i que es troben integrades en altres edificis, a dos barris del municipi. A la primera unitat s'emfasitza en els espais privats i l'ajuda individual, mentre en la segona, el projecte més recent, està destinada a persones majors afectades de demència, per la qual cosa el disseny de l'espai fa que la dimensió col·lectiva resulti més adient, amb una organització més comunitària de la convivència.

Cada unitat disposa de cuidadors que garanteixen dia i nit la seva presència, ajuda i companyia. També es recorre a treballadors externs, segons una lògica de continuïtat en el domicili.

## **3. CRITERIS DEL GRUP PER A LA INTERVENCIÓ EN PETITES UNITATS DE CONVIVÈNCIA**

### **3.1. La filosofia del Grup**

Els seus plantejaments conceptuals se situen en l'àmbit de pensament de l'ètica humanista. En conseqüència, consideren prioritari definir els valors ètics per a l'acció quotidiana amb els majors, atès que els seus efectes repercutiran sobre ells.

### **3.2. Els drets dels majors**

Siguin quines siguin les seves malalties o les seves deficiències, l'ancià segueix essent responsable de la seva vida i de les seves eleccions. Aquesta visió romp amb els conceptes habituals dels professionals que treballen en l'assistència als majors.

### **3.3. Autonomia**

Presservar l'autonomia de l'ancià implica un profund canvi de perspectiva si es planteja en el sentit de treballar iniciant la intervenció professional des del desig i l'elecció de la persona major, considerada com a ésser responsable. Així les coses, es tracta d'una espècie de canvi copernicà en el qual el centre de la intervenció no es defineix en primera instància pels coneixements dels professionals i en la seva competència, ni pel pes de la dinàmica o inèrcia de les organitzacions i de la burocràcia de les administracions, sinó per les expectatives del major.

### **3.4. Renunciar als apriorismes**

L'opció de fons no és altra que renunciar a definir a priori el que és bo per a l'ancià. A partir d'aquí, l'estratègia passa per dedicar més temps a escoltar-los, a escoltar les seves paraules reals i simbòliques, per sentir el seu desig. Es tracta de superar una lectura exclusivament simptomàtica de les disfuncions o voluntats dels majors. Aquest criteri d'intervenció que assenyalen quedarà molt més clar si posam diversos exemples reals del Grup:

- Un resident no vol seure mai i, per tant, no pot seure tampoc per dinar. Aleshores, d'entrada, se li permet menjar dret al passadís.
- Un altre resident vol que li portin el vi directament des del seu establiment al barri.

---

- També n'hi ha que prefereixen escollir un dia determinat per a la neteja de la vivenda i no un dia fix com sol ser el cas a les institucions.

- Quina és la millor hora per dinar o sopar? Tot i que hi ha uns horaris generals, cada persona ho fa en el moment que troba que li va millor. A les grans institucions hi ha un horari inamovible, entre altres coses perquè els torns de feina després de les vuit són més cars. I si a algun resident li ve de gust «resopar»?

- Un major que té reticències a posar-se dins una banyera, per molt adaptada que sigui, no es veurà obligat a haver-ho de fer.

### **3.5. Generalització**

El procés ètic que es proposa s'aplica a tots els aspectes del projecte i, per tant, ajudar, curar, respondre a qualsevol problema de vivenda preservant una vida normal, condueix a optar per petites unitats amb una estructura arquitectònica que oferesqui un marc de vida normal. La conseqüència d'això a nivell de l'ancià és que s'ha de procurar respectar la seva opció a l'ambient casolà i fer tot el possible perquè la persona se senti com a casa seva. Per això, la localització de l'estructura té una importància fonamental; la integració física en el teixit local facilita el manteniment dels vincles i la vida normal en el context familiar.

### **3.6. Familiarietat**

La familiarietat s'aconsegueix mitjançant l'exercici del dret a disposar d'elements propis del resident que facilitin la seva identificació amb el lloc. L'experiència holandesa preveu que siguin els residents i les seves famílies els que moblin no tan sols les vivendes, sinó també els espais comunitaris, rompent així amb la uniformitat del mobiliari col·lectiu, per molt elegant que sigui. A més, l'espai no és sols un lloc de treball dels cuidadors sinó, part damunt de tot, un lloc de vida per als ancians.

### **3.7. Sentiment de seguretat**

Un estudi realitzat a cinc regions distintes del Regne Unit sobre els factors d'ingrés en una institució, ha mostrat que els temors juguen un paper bastant important: por a estar tot sol, a ser atracats, a caure. Sovint és un sentiment d'inseguretat que dicta la decisió o la «elecció» de deixar el domicili. Per tant, la petita unitat de convivència ha d'aportar seguretat a l'ancià. Saber que un mateix és a casa seva i que qualcú hi roman tant de dia com de nit, que pot intervenir en cas de caiguda, de malestar, o simplement si se sent tot sol, és un dels avantatges d'aquesta fórmula de convivència.

### **3.8. La lògica del «com a casa»**

En connexió amb l'anterior, la «lògica del domicili» que implica la petita unitat de convivència, l'obliga a funcionar de manera oberta, és a dir, a recolzar-se en els treballadors externs procedents de la comunitat per realitzar funcions d'ajuda i assistència. Això és així tant per mantenir els lligams comunitaris que ja es tenien com perquè el pas de col·laboració amb l'exterior permet rompre amb la lògica institucional que es pot instaurar fins i tot en una estructura de petita dimensió si es funciona en «circuit tancat», com d'organització autosuficient.

### **3.9. Afrontar el risc**

La qüestió del dret al risc és un altre dels criteris d'intervenció centrals i no



---

precisament dels més fàcils de pair. Al llarg de la seva existència, cada individu està permanentment confrontat amb el risc. No obstant, els professionals que treballen amb ancians fràgils i afectats de deficiències tenen tendència a voler suprimir els riscos. La permanència de la idea de la mort inherent a la vellesa té alguna cosa a veure amb el rebuig a assumir riscos i amb la recerca perseverant de seguretat, al preu que sigui.

El dret al risc s'accepta a partir del moment en què ha estat discutit amb la persona, amb el seu entorn i amb el personal. Per al Grup Salmó, l'ensenyança prové del vell, que sap el que és bo per a ell, mentre que s'utilitza la competència del professional per facilitar el respecte a les decisions i a la seva concreció.

L'experiència permet, de nou, aprendre millors formes per resoldre les situacions: davant diversos episodis de morts de majors a les vivendes, els professionals procuraven una darrera ajuda mitjançant el recer d'una derivació hospitalària. Ara bé, observaren que amb molta freqüència les morts es produïen a les ambulàncies o als hospitals, sempre enfora de la vivenda i sense poder aplicar cap intervenció mèdica més enllà de la certificació de la mort. Aleshores, decidiren conjuntament amb la resta de majors acceptar que la mort pugui ésser rebuda a la vivenda on viuen tots.

### **3.10. El factor econòmic**

Les autoritats i els planificadors es tornen a plantejar el problema del cost elevat que ha d'assumir la institució residencial. Al Regne Unit, a partir del 1.988, s'orienten vers una disminució de les solucions institucionals en benefici dels serveis domiciliaris (Informe Griffiths). L'enfocament insisteix en la relació cost-eficàcia amb la voluntat d'una millor utilització de les finances públiques. A finals dels anys '70 el govern holandès, conscient de l'elevat cost dels establiments assistencials, cercà també vies d'innovació, les quals, amb una bona informació, permeteren creure en possibilitats d'acompanyament més flexible per a situacions de dependència que van des del suport a domicili a la petita unitat comunitària. Per la seva part, el Grup Salmó ha estat estudiant la viabilitat econòmica de les seves experiències, trobant-se encara en una fase no tancada. La qualitat de l'assistència i del «producte» és alta, per la qual cosa els costos són importants. Així i tot, no es troben al mateix nivell que els costos dels grans complexos residencials als quals, a les despeses de construcció o remodelació, s'hi han d'afegir les pròpies de manteniment.

La preocupació del Grup Salmó no és tant el propi finançament de les petites vivendes sinó què s'ha de fer per generalitzar les experiències. Això dona peu a parlar que pugui haver-hi unes partides econòmiques assignades que tinguin estabilitat des del marc de la planificació dels governs en el tema, ja sigui mitjançant execucions des de la iniciativa pública com des de la privada, o també amb fórmules mixtes. L'administració pública hauria de ser capaç de preveure les xarxes assistencials necessàries treballant cooperadament amb estaments privats. En qualsevol cas, la cooperació entre institucions i l'ús de serveis de la comunitat són elements bàsics per normalitzar l'accés a les petites unitats de convivència i al propi abaratament del cost.

Igualment, el suport més o menys directe dels professionals no pot deixar pas a estructures mantingudes sols amb personal voluntari. El voluntarisme pot limitar les possibilitats de generalització de les experiències atesa la seva discrecionalitat

---

a l'hora d'oferir l'assistència.

### 3.11. Les resistències al canvi

La primera és **conceptual**. Front als models residencials d'atenció als majors basats en el manteniment de grans col·lectivitats d'allotjaments d'ancians<sup>(2)</sup> cal reforçar les posicions de canvi que se sostenen a partir de diverses valoracions crítiques. Aquestes crítiques front a les grans institucions residencials es basen en els següents punts<sup>(3)</sup>:

1. Aïllament comunitari de les residències
2. Absència de domini de les persones majors sobre la seva pròpia vida
3. Pèrdua de la intimitat i la individualitat
4. Mode de vida que genera dependència
5. Poques persones han elegit realment viure en institucions

Així mateix, les persones majors cada cop més manifesten el seu interès d'envellir a casa seva i de dur una vida normal en el seu context habitual.

La segona resistència és **institucional**. Una condició important per posar en marxa experiències alternatives és tenir el suport d'una institució que vulgui assumir el risc de l'experiència. La tendència resistent s'expressa en el qüestionament dels principis i les pràctiques que incorporen les petites unitats de convivència i que s'han expressat més amunt. L'expressió pràctica d'aquesta resistència és l'escepticisme. Gairebé sempre, els resultats aconseguits pel Grup Salmó s'han trobat al marge del dispositiu normatiu que desconeixia aquest tipus d'estructures de petites unitats, havent de suportar any rera any la renegociació del projecte i del finançament, tot i que algunes experiències demostraven la qualitat de l'assistència que oferien a l'ancià, així com demostraven la racionalitat financera de la fórmula.

La tercera resistència és **contextual**. Als inicis, tant per part de la comunitat com dels propis familiars i visitants. Per tal de respectar els lligams socioafectius de cada resident, els professionals han estimulat la participació activa de les persones properes a ells, defugint decidir per ells. No obstant, més d'un cop aquests darrers ho han interpretat com a debilitat o error. Certament, sovint les famílies cerquen l'aliança amb els professionals per imposar els seus punt de vista al parent ancià.

Per una altra part, donat que les petites unitats estan organitzades perquè els majors puguin dur una vida normal, les famílies poden sentir-se inconscientment culpables. Com així ells no ho saberen fer?; com així no saberen estar «a l'altura de les circumstàncies» quan es tractava de gestos senzills de la vida de cada dia? Així, la demanda d'intervencions més mèdiques i fins i tot hospitalàries, els permet justificar l'entrada de l'ancià a una estructura d'acollida. Fins i tot si elles aprecien el clima de bona convivència que hi existeix, cercaran una seguretat mèdica, en certs aspectes «més professional» i més institucional, per tranquil·litzar-se.

---

#### NOTES

- 1.- Hem elaborat aquest article amb textos de diversos materials del Grup Salmó, l'article «Pequeñas unidades de vida: retos ético y económico» de Robin Currie, Nieck De Boer i Marie-Jo Guisset, així com amb les intervencions dels membres del Grup,

---

els debats posteriors i les conclusions del Seminari que el Grup Salmó va realitzar a Madrid el desembre de 1995, organitzat per l'INSERSO amb la col.laboració de la Diputació de Barcelona.

2.- Originades en un model mèdicohospitalari al qual s'hi afegeix, en segons quins casos, uns criteris de gestió d'establiments hotelers. A la vegada, aquest model havia servit per superar la tradició dels hospicis o institucions caritatives per a majors desassistits o indigents. Queda clar, doncs, que es tracta d'un procés històric i, per tant, no sotmès a valoracions de caire subjectivista o maniqueu (del tipus bo vs. dolent).

Ara bé, no obstant la determinació en què el Grup Salmó defensa els seus plantejaments crítics respecte dels grans establiments residencials, també reconeixen els diversos esforços realitzats per adequar-los a plantejaments més avançats en l'atenció als majors. Reconeixen que hi ha establiments anomenats tradicionals que han procedit a un replantejament total del seu funcionament i són també capaços de proposar un mode de viure conforme als desitjos dels residents i on la col·lectivitat intenta borrar-se en benefici de l'estar «com a casa».

3.- Per a més informació pot veure's Willcocks Peace, S. i Kellahero (1987) *Private lives in public places: a resource based critic of residential life in a local authority old people's homes*. Traverstock. London.

---

## L'ALTERNATIVA DE L'ALLOTJAMENT

Tòfol Sastre Ramis

Treballador social. Equip de Vellesa i Família

Quan parlem d'un tipus "d'allotjament alternatiu", una "vivenda tutelada", una "petita unitat de convivència", hem de valorar fins a quin punt estam parlant d'una casa, en el més pur sentit domèstic i que no cal matisar més; si és així, ens hem de cenyir al que aquesta comporta, sobretot quant a "simplicitat", i al "consens" en la configuració del que suposa entendre el terme, o almenys, com creiem que s'ha de dur a terme.

Entre d'altres coses, no estam parlant d'una casa "als afores", ni moblada amb elements "estrany" als seus habitants, ni amb persones desconegudes que la visiten habitualment, etc... Com totes les cases, hi ha coses més noves i altres de velles, però sobretot ha de ser un reflex de les persones que l'habiten i pel que aquí ens ocupa estariem parlant d'un grup de padrins.

Normalment hi ha dues vies, a més de l'ingrés a una residència: a la primera, "l'acolliment familiar", el vell passa a viure amb una família i la segona, que és la que aquí ens ocupa, on aquest compartirà una casa amb altres persones com ell o en una situació semblant. Ambdós processos són diferents i no s'han de mesclar prenent que en el primer cas tot es "contractuï" equitativament, o que en el segon es relacionin com en una família.

Els vells que hi viuen són persones que decideixen deixar de viure a la seva pròpia casa (sols o acompanyats de la seva família) per passar a compartir-ne una altra amb persones de fora per diversos motius com puguin ser, d'una banda, l'aïllament social, solitud, malaltia, mancances d'autonomia..., i a la vegada ganes de compartir, voluntat de participar, ser col·laboradors...; i d'altra, per motius que no únicament depenen d'ells o els afecten, com puguin ser els que presenten la resta de família quant a: dificultats dels membres de la unitat familiar per a l'atenció que es precisa, poca relació entre els membres que la formen, dificultats en la convivència, ganes d'allunyar-se o desfer-s'en respectivament els uns dels altres, etc.

Estam parlant d'un canvi profund en la vida del vell, però també partim de la seva voluntat i interès de fer-ho. Això porta com a conseqüència un "moviment intens" en la vida quotidiana i en el sistema de relacions en una persona que des del moment de la seva jubilació havia reduït considerablement aquests tipus de processos tenint tendència a un tipus de vida sedentària, almenys més que quan treballava. Les condicions de vida s'han d'adaptar a les noves necessitats, com per exemple passa en una casa "de lloguer", que suposarà despeses als seus llogaters, i també suposen noves relacions amb la resta de membres, diferències de caràcters, aspectes que s'han de consensuar o compartir...; però també possibilitats de noves persones de suport, companyia, etc...

El que tot el procés anterior sigui més o menys problemàtic, dependrà de cadascun

---

dels interessats, amb variables difícils de concretar, treballar o modificar, com la manera de ser, la preparació per a aquest nou procés, el grau de consentiment a fer-ho, les necessitats que ho han propiciat etc...

## **LA INTERVENCIÓ DE L'ADMINISTRACIÓ**

En el detall del procés fins ara exposat encara no hem parlat de l'Administració Pública ni de les Empreses o Associacions/Entitats de caire privat que, segons sigui la seva intencionalitat, poden portar a terme o bé donar suport en la posada en marxa i funcionament de la casa dels padrins, perquè sense dubte no sempre en seran protagonistes, acompanyants, i no sabem fins a quin punt controladors de tot el procés.

Centrant-nos en l'Administració Pública i en els seus departaments de Benestar Social, tendeixen a tenir organitzat cada recurs que posen en marxa, sempre d'una manera preestablerta i ordenada, que porti a preveure tots els elements considerats imprescindibles per al bon funcionament. Això suposarà que es vulgui traslladar un "model d'organització de caire institucional" en un recurs que té com a finalitat, precisament, prescindir d'elements que portin a una institucionalització.

Fins i tot quan es té present el problema abans esmentat i es vol evitar, es planteja una "reducció" dels trets institucionalitzadors que sovint es converteix en un mer trasllat a un nivell més "micro", però utilitzant un mateix esquema d'organització.

Un exemple en concret pot ser més aclaridor: per a una macroresidència, un dels punts claus és el de personal (a vegades és més pel cost que això suposa que per millorar de l'atenció). A l'hora de contemplar la mateixa qüestió per a una microunitat de convivència, es trasllada el mateix tema d'una manera més reduïda. Així, parlariem de menys professionals, a temps parcial, intervencions més puntuals (el punt continua essent eminentment econòmic, a més de les possibles adaptacions a les necessitats), quedant ja d'entrada descartada la desaparició del capítol de personal i la creació d'un capítol per al foment de la participació social (per exemple voluntariat).

L'exemple anterior reflexa no només una metodologia d'intervenció més encertada o no, sinó una "ideologia" que porta implícita una "percepció" determinada de com s'ha "d'atendre" els vells i que fa que els canvis no siguin dels de "girar de cap a peus", sinó més aviat petites modificacions, trasllats dels mateixos elements d'un marc a l'altre.

Per tal de superar alguns obstacles que es resisteixen al canvi, es fa necessari tenir en compte tant els elements de caire sociològic i antropològics de la relació dels vells i la cultura allà on es troben, com els diferents trets psicossocials que hi intervenen. Tots ells estretament interrelacionats i que ens portarien a considerar un llistat de factors dels que només en citarem alguns, com són: la interpretació que fan els vells del món que els envolta, el "paper" que pretén la resta de la comunitat que aquests assumeixin, la representació social tant individual com col·lectiva que es poden fer uns dels altres, la intensitat en els sentiments de pertinença al marc social...

Els elements anteriors són rellevants en el cas que els tècnics de l'Administració hagin d'intervenir i s'hauria de contemplar com a possibilitat, entre d'altres motius,

---

perquè al llarg de la vida d'una persona es donen canvis en profunditat que no sempre van acompanyats del suport de professionals. Pensem que en el cas de la vellesa això també és així, tant si és per compartir una casa, com per altres qüestions.

Passem a valorar els casos en què cal la intervenció dels tècnics de l'administració. A vegades, la seva funció depassa la col·laboració o la tutela, segons el tipus de vivenda, potenciant activitats de control, de decisió, de direcció, de responsabilitat etc., que no són problemàtiques pel fet de donar-se en si, sinó pel fet que es fan quan el que es pretén és el contrari. Concretem un exemple aclaridor: a vegades es porten nombroses intervencions dels professionals amb l'objectiu d'evitar o reduir la dependència dels vells cap a les actuacions d'aquests mateixos tècnics; o la direcció ferma des de l'administració de la vida a la vivenda quan es pretén fomentar la seva autonomia, etc...

Amb el paràgraf anterior volem incidir en què un dels problemes es dona com a conseqüència no únicament del tipus d'intervencions que es realitzen, sinó també de l'adequació d'aquestes al que es pretén aconseguir, on hi influiran factors com l'origen de la posada en marxa, la disposició de cadascuna de les parts, els acords quant al funcionament, el poder de decisió del que s'ha de fer i com, i sobretot, la necessitat de participació en el procés.

Per concretar com ha de ser la intervenció de l'Administració, s'han d'haver tingut en compte els anteriors punts: segons com aquests es treballin es tindrà un tipus d'allotjament o altre. Per exemple, si s'accepten persones sense una completa autonomia per viure a una vivenda tutelada per l'administració, s'ha d'assumir que aquesta haurà de vetllar per solucionar les mancances que la situació esmentada suposen, com pugui ser dotació de més professionals, instal·lació de més mecanismes adaptats etc...; igualment que no es pot pretendre un funcionament organitzat de part dels vells quan hi ha una direcció i presència diària de professionals per a aquesta finalitat.

Es precisa, sempre que sigui possible, un assessorament en el procés que els vells pensin dur a terme a l'hora de compartir una casa, si ells ho sol·liciten. A vegades, el suport no es dona directament als padrins, sinó als professionals de l'Administració de la que dependrà la casa dels padrins facilitant les seves funcions de permetre i potenciar el seu bon funcionament.

Els professionals dels equips especialitzats en el tema de la vellesa i les seves famílies, i concretament els treballadors socials responsables del treball amb recursos dedicats a la gent gran, el que pretenem es facilitar aquest procés d'assessorament tant del marc legal, com són els convenis, subvencions..., com a nivell tècnic quant a la creació i posada en marxa del recurs, etc...; com, també, realitzar intervencions que ens permetin avaluar el funcionament dels recursos que subvencionam per tal d'adequar-los constantment als objectius que motivaren la seva creació.

Sens dubte, les activitats anteriors varien notablement si parlem d'unes vivendes tutelades per a l'administració o bé ens referim a una casa de padrins que han decidit viure junts i que demanin ajut per solucionar alguns problemes puntuals. Ara bé, tant en un cas com en altre, no traslladarem la mateixa intervenció que realitzaríem a les institucions grans a un nivell més petit, com són les unitats de convivència, sinó que adequaríem la metodologia d'intervenció a la realitat a observar amb tot el que suposa d'apropament als protagonistes d'aquestes experiències que, malgrat moltes vegades pareixi que és l'administració, són els propis padrins.

---

# L'ABANDONAMENT I MALTRACTAMENTS A LES PERSONES VELLES QUE VIUEN EN MEDI OBERT

**Julià Baltasar**, Psicòleg  
**Nofre Bisbal**, Treballador Social  
**Margalida Roig**, Treballadora Social  
**Joan Antoni Salas**, Treballador Social

Col.laborador: **Joan Antoni Bustillo**, Llicenciat en dret

L'abandonament i els maltractaments als ancians són les maneres més recents de menyscapse domèstic aparegut com a problema social. Va ser a principis dels vuitanta quan investigadors immersos en treball amb nins víctimes d'aquests abusos cridaren l'atenció sobre aquest mateix fenomen en els ancians.

L'abandonament i els maltractaments als ancians són difícils d'entendre per la majoria de les persones, que consideren que únicament es donen a les institucions.

Aquest article té com a principal objectiu incidir en la sensibilització dels professionals de l'Acció Social envers la problemàtica dels ancians maltractats i també d'aquells que pateixen l'abandó per part dels suposats cuidadors.

Les aportacions que es fan són fruit d'un treball realitzat amb alguns professionals dels serveis socials de la comarca de Palma. Cal també destacar una jornada<sup>1</sup> de treball on hi participaren la majoria d'aquests, a més d'advocats i persones velles.

No comptam amb dades estadístiques sobre la incidència d'aquests tipus de situacions, encara que hi ha casos detectats a la majoria de municipis, molts d'ells, però, no classificats com a tals maltractaments, sinó més aviat com: "dificultats d'atendre els membres de la família"; "deteriorament de les relacions familiars"; "soledat"... De la qual cosa es pot deduir l'existència d'un problema greu encobert, de dimensions ara per ara no conegudes pels professionals dels serveis socials, sanitaris o jurídics. A partir dels casos detectats i exposats pels diferents treballadors socials, exposarem el posicionament que entenem que s'hauria d'observar des de l'atenció primària.

Sabem que no és un fenomen aïllat ni estrany: "la violència a la llar és un fenomen que es dona a totes les classes socials, a tots els països, rics i pobres, independentment de la raça, de l'estatus social, de la dimensió de la família i del medi, ja sigui urbà o rural"<sup>2</sup>.

Aquesta violència pot ser deliberada i donar-se activament (es lesiona físicament el vell, o se'l maltracta psicològicament, o s'abusa d'ell en qualsevol altre aspecte,...); o bé es pot exercir de forma passiva, deixant de tenir cura d'ell (deixant-lo amb el mateix bolquer tot el dia; no servint-li aigua o aliments quan té set o gana; deixant-lo a terra quan ha caigut,...)

---

Una bona part de les persones velles abans de morir passaran per un període de dependència pel que fa a les activitats de la vida diària. La immensa majoria de les persones que presten aquesta ajuda formen part de l'entorn sociofamiliar<sup>3</sup>. Aquestes persones, conegudes com a "Familiars Cuidadors" (FC), no sempre estaran preparades per assumir l'atenció de la persona vella. La manca de preparació, juntament amb relacions familiars desestructurades determinades al llarg de tota una vida, i l'entorn socioeconòmic desfavorable provoquen nivells d'ansietat i estrès en la persona cuidadora, fomentant, en definitiva, l'aparició de maltractaments o abandó de l'ancià.

## Definició

No hi ha encara definicions clares ni consensuades sobre l'abandó i maltractaments als ancians. En la legislació existent hi ha diferents definicions del que és el maltractament. Per comprovar encara més la complexitat de la qüestió, s'han de considerar els valors socials i culturals de cada família i comunitat.

Independentment, però, de la gran confusió que envolta la definició i els termes, existeix cert acord sobre els tipus d'abandó i maltractaments, com el psicològic, el físic, l'econòmic i la violació dels seus drets.

Quan parlem de maltractaments, tothom entén situacions on la víctima pateix mal corporal provocat per un tercer. En els casos d'ancians, quan apareixen aquestes situacions es donen explicacions poc clares, com caigudes per escales quan hi ha múltiples cops.

Poden ser avisos de possibles situacions de maltractaments o abandó: ingressos hospitalaris en condicions sospitoses, ingrés acompanyat d'una persona distinta del cuidador habitual o desaparició del cuidador en el moment de l'ingrés, o un termini perllongat entre l'ingrés i el moment de la lesió o malaltia.

En alguns casos és controvertit diferenciar el que és l'abandó i l'autoabandó, ja que l'exercici de la llibertat personal que fa l'ancià pot, moltes de vegades, situar-se en el límit de l'abandó.

L'abandó per part dels familiars, especialment els fills, és sempre difícil d'identificar. La legislació no determina de manera contundent la responsabilitat dels familiars respecte a la cura dels seus majors.

Per una banda, l'art. 143 diu: "*están obligados recíprocamente a darse alimentos... los ascendientes y descendientes...*"; per altra, hi ha una sèrie d'articles que condicionen aquesta circumstància: l'art. 144 diu: "*la reclamación de alimentos cuando proceda y sean dos o más los obligados a prestarlos, se hará por este orden: 1º Al cónyuge. 2º A los descendientes. 3º A los ascendientes...*". Art. 145 "*...Cuando dos o más alimentistas reclamaren a la vez alimentos de una misma persona obligada a darlos, y esta no tuviera fortuna bastante para atender a todos, se guardará el orden establecido en el artículo anterior...*". Art. 146 "*La cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal de quien los da...*". És a dir, encara que el codi civil determini l'obligatorietat de tenir cura dels ascendents, el mateix codi, seguidament, conté diferents articles que condicionen aquesta obligatorietat.

Hi ha algunes definicions que il·lustren la dificultat que existeix a l'hora d'establir el consens en la matèria:

"Abús és qualsevol acte en el que per activa o passiva es realitza mal a l'ancià sense que sigui restringit a l'àrea física, sinó que inclou l'àrea psíquica,



---

econòmica i social” (Shell, 1982).

“Intervencions actives per part del cuidador que provoca mal físic, psicològic o econòmic a l’ancià” (O. Malley, 1983).

“Qualsevol acte o conducta de la família o del cuidador principal que provoca mal físic o mental, o negligència a les persones ancianes” (Podnieks, 1985).

Segons Dubin i els seus col·legues, l’ancià abandonat és aquell “a qui les seves necessitats no es satisfan adequadament en una o més de les següents àrees: cura personal, nutrició, atenció mèdica i condicions del seu ambient”. El treball efectuat per aquest equip es divideix en cinc categories: quan el sistema de subministrament de serveis vessava degut a la demanda; quan l’ancià rebutjava l’ajuda; quan el cuidador tenia interessos propis; quan el sistema d’atenció era disfuncional i quan l’ancià estava sol.

Dins el ventall d’abusos contra ancians apareixen també l’econòmic i la violació dels drets. El primer dels casos va des del robatori crònic de petites quantitats fins a la inducció de la transmissió de béns i recursos econòmics de l’ancià cap a familiars, deixant-lo en la pobresa. En el segon dels casos, per ventura els menys corrents, s’impedeix a l’ancià exercir els seus drets bàsics de convivència, com ara anar a l’església, reunir-se amb amics, obrir el seu correu personal, etc.

**En totes les definicions i descripcions apareix el mal produït, sigui amb voluntat o no, per un familiar o persona de confiança. El maltractament, l’abús o l’abandó sempre s’entén dins una relació de teòrica afectivitat i confiança. Aquest és l’element clau que fa d’aquestes situacions àrees gairebé inexpugnables.** La dificultat que comporta la investigació, la comprovació de la informació i tot el que faci referència a la intervenció d’un element extern, fa que sigui urgent iniciar o enfortir tots aquells instruments necessaris per abordar aquesta problemàtica.

Cal insistir, però, en el dèficit d’estadística referent a la casuística exposada, motivada en gran part per la manca d’uniformitat en les definicions i metodologia; i com a element substancial, els diferents tractaments que realitzen les legislacions de cada Estat.

### **Possibles factors de risc**

Aprenentatge: Qualsevol patró de conducta es perpetua mitjançant una transmissió intergeneracional, és a dir, una persona que de jove ha vist com el seus pares s’ocupaven dels vells de la família ha après a fer-ho; per contra, qui els hagi vist maltractar o abandonar tindrà més possibilitats de reproduir-ho (dèficits en el control de l’agressivitat de les persones del nucli convivencial).

Conflictes familiars: Per herències, per problemes de comunicació, per conflictes anteriors no resolts, etc. es poden produir situacions d’agressivitat, tant per part del propi vell com dels FC.

Mancances personals: Característiques i recursos psicològics individuals insuficients dels cuidadors i vell.

Nivells de dependència: El nivell d’incapacitat, tant física com psíquica, condicionarà la relació entre esment i cuidador.

## Perfil dels cuidadors i vells maltractats

Les famílies que recull la bibliografia consultada ofereixen el següent perfil: família "normalitzada", amb problemàtiques de relació familiar on es viu la necessitat que el vell mori. Això fa que es produeixi un desordre, a vegades voluntari, a nivell de medicaments i d'aliments. La majoria de vegades el cuidador viu a la casa de l'ancià i depèn econòmicament d'ell. Pateix estrès, la situació el supera, sol haver-hi un consum important d'alcohol i fàrmacs per combatre-ho; hi ha un dèficit important de relacions socials; mostra hostilitat a les entrevistes i a les ajudes tant socials com sanitàries; perd sovint el control de la situació.

En el cas de l'ancià, ens trobam davant casos que són especialment depenents; portador de problemes i/o conductes anòmals; presenta lesions difícilment explicables; mostra signes de malnutrició i manca d'higiene; l'aïllament social és destacable.

En tots els casos el vell nega els fets i fins i tot els justifica. Sobretot perquè el vell sap que depèn del seu cuidador i aquesta feblesa l'impedeix expressar qualsevol tipus de queixa.

En determinats casos, el vell no relaciona la seva situació precària amb l'acció del cuidador.

Un cas paradigmàtic és la idea del propi vell de ser una "nosa" i per tant no mereix cap tipus d'atenció. Aquesta idea pot anar relacionada amb els models predominants a la societat actual: "tot allò que no produeix no ens serveix".

El propi vell, en moltes d'ocasions, té una gran sensació de solitud, no té cap altre lloc on anar.

## Intervenció dels professionals dels Serveis Socials

Com hem assenyalat anteriorment, els casos de maltractaments són difícilment constatables, més aviat els casos detectats són únicament sospites, moltes d'elles plenament justificades per informacions contrastades, però sense la confirmació final. Les denúncies són gairebé inexistentes.

Aquests condicionants dificulten notablement l'actuació dels professionals: no disposen d'instruments clars per a la intervenció directa. L'actuació s'ha de realitzar en un domicili particular on l'entrada dependrà de la voluntat del propietari; la informació que es té generalment és incompleta o retallada; i com ja hem assenyalat, la col·laboració amb la pròpia víctima sol ser mínima o inexistent. Ara bé, aquests mateixos condicionants determinen la importància de la intervenció dels professionals i, a la vegada, la necessitat de definir la metodologia.

El primer objectiu ha de ser sensibilitzar les institucions sobre l'existència d'aquesta problemàtica extremant l'atenció envers aquesta població.

Dit això i reconeixent la dificultat en què es troben els professionals d'Atenció Primària, per abordar aquests casos exposam alguns elements que caldrà contemplar, tant en les accions preventives com a l'hora de la intervenció directa en el cas.

Accions preventives: Donar suport a la família a diferents nivells: tècnics, econòmics, psicològics, per prevenir la situacions de risc; i també a nivell comunitari s'han de promoure programes per a familiars cuidadors.

És important que les generacions joves coneguin també els elements

---

positius de les persones majors, tot allò que ben segur els poden oferir. Les persones majors són una font de coneixements i experiències, i poden donar llum a moltes preguntes que els més joves es fan sovint.

Cal prestigiar la figura de les persones majors dins la comunitat, revaloritzant el seu paper. En aquest sentit i per reforçar aquests aspectes, es poden posar en marxa programes que permetin el contacte entre joves i vells, tant a l'àmbit escolar com a les associacions de tercera edat.

Accions assistencials: Davant la sospita del maltractament o abandó s'ha d'actuar el més ràpidament possible per confirmar la situació. Cal contrastar la informació amb altres professionals o serveis, així com fonts informals (veïns, familiars,...). La impossibilitat d'intervenció directa que es dona en la majoria de casos, obligarà a plantejar diferents estratègies d'abordatge de manera paral·lela o en ziga-zaga.

La intervenció del Treballador Social convé sempre que sigui coordinada amb altres serveis i professionals de la comunitat. A un primer nivell cal una visita domiciliària del professional. Hi pot haver diferents excuses (estudis, oferiment de serveis, informació sobre prestacions,...).

Si hi hagués negativa per part del cuidador o el mateix ancià, podrem comptar amb la intervenció dels serveis sanitaris. La informació i suport que pot trobar amb els serveis sanitaris (metges i infermeres) té una importància de primer ordre. A l'hora de plantejar una estratègia d'intervenció, la informació que es pot obtenir de l'àmbit sanitari situarà de manera més concreta el nivell de la problemàtica. Una demanda del metge suggerint una revisió o una visita ens serà de molta ajuda. Una negativa per part del cuidador, o intents de retardar la resposta, reforçarà les nostres sospites.

En el cas reiterat de negatives d'atenció, ja sigui a nivell social com sanitari, podrem demanar la col·laboració de la policia local, prèvia informació del cas -segurament ja en tindran coneixement-.

Encara que els diferents intents siguin esglaonats, s'ha de mantenir sempre un intercanvi d'informació entre les persones que hi intervenen, recollint tota la informació disponible. No cal tampoc que hi participin més serveis o professionals dels necessaris: la informació i les iniciatives s'han de mantenir el més controlades possible.

Tota la informació recollida, contrastada i sistematitzada, ha de servir en casos extrems per sol·licitar la intervenció del jutge o fiscal.

En els casos que el professional hagi pogut accedir al domicili o l'ancià hagi estat entrevistat tant pels serveis sanitaris o socials i es confirmen les sospites, cal separar-lo del cuidador.

Si es dona aquest cas, però l'ancià nega la situació i es nega a abandonar el domicili o qualsevol intervenció dels professionals, és important mantenir la relació amb ell. Cal establir un nivell de confiança; que l'ancià percebi el professional com aliat seu i no com a adversari. Aquesta relació permetrà explicar-li quins són els seus drets i donar-li confiança per reclamar-los.

En tot el procés cal no oblidar la coordinació constant amb la resta de serveis i professionals implicats en el cas. L'èxit de la intervenció

---

dependrà del nivell d'exactitud que s'hagi aconseguit a l'hora d'identificar la problemàtica i aquest depèn clarament de la capacitat d'analitzar les diferents informacions de diferents àmbits. Aquest procés passa obligatòriament per un treball conjunt i coordinat entre els diversos professionals.

### Normativa jurídica (Codi Penal)

El nou codi penal de 1996 contempla una extensa relació de delictes que fan referència directa o indirectament als casos d'abandonament i maltractaments a ancians.

Com a norma, el codi entén que la condició de parentesc constitueix un agravant en l'execució de delictes -art.23- "*...Como regla general se viene entendiendo que en los delitos que tienen un contenido de carácter personal opera como agravante...*" (SSTS 27/12/91).

Aquest agravant no ve, però, determinat per la qualitat de ser familiar, sinó pel que significa ser-ho. La condició de familiar va lligada a la relació de confiança i quan aquesta confiança ha estat utilitzada per cometre amb més facilitat el delictes.

La relació familiar és present, si no en la totalitat, sí en la immensa majoria de les situacions on hi ha maltractament o abandó. Precisament els lligams familiars constitueixen un marc que, inicialment, protegeix l'agressor del control de l'administració.

L'abús de la confiança es recollida com un agravant "*...no solamente que exista una relación de confianza sino que el autor se aproveche de la misma faltando a los deberes de lealtad y fidelidad del propietario...*". Aquesta condició es dóna molt en els casos de robatori o ús dels estalvis de persones majors; per tant, no només es castigaria la substracció dels diners, sinó que la pena es veuria agreujada, ja que s'aprofita de la bona voluntat de la víctima -art. 22.6-.

L'article 148, que fa referència a les lesions físiques o mentals que es puguin produir en una persona, contempla entre d'altres casos, que si la víctima és un menor o un incapacitat, la pena es veurà agreujada.

A l'article 226 es contempla càstig per aquell que deixa de complir l'assistència inherent a la pàtria potestat, tutela, guarda o acolliment familiar o de prestar l'assistència necessària legalment establerta a descendents, ascendents o cònjuge en situació de necessitat. En aquest cas, no es pot perseguir l'infractor si no hi ha una denúncia prèvia; aquesta prescripció reforça la necessitat de denúncia per part de la persona abandonada, en el cas que l'administració, ja sigui a través dels serveis socials o sanitaris, hi hagin d'intervenir.

Més endavant trobam un article, el 619, que fa una referència més explícita a la problemàtica que ens preocupa: "*serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejaren de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados*". S'aprofita de la bona voluntat de la víctima.

---

## Bibliografia

- Sandra M. Stith, Mary Beth Williams: *Psicosociologia de la violència en el hogar*.  
M. Lázaro de Nogal: *Abusos y malos tratos en el anciano*.  
Revista MEDIFAM, 1993: *¿Quién cuida del anciano de la familia?*  
Revista Internacional de Medicina Familiar, 1989: *Estrategias familiares frente a la enfermedad orgánica crónica*.  
Documentació i informació dels SS.SS. d'Atenció Primària.  
Codi Penal de 1996

---

## NOTES:

- 1 Veure doc. "Els maltractaments i l'abandó a les PP.MM. que viuen en medi obert", presentat a la I Jornada de Treball del mateix títol.
- 2 "La violència en el seno de la familia" M<sup>a</sup> Paz Thiebaut, Cuadernos de Acción Social, 1988, Madrid.
- 3 A "Estudi sobre la vellesa al municipi de Sóller". Onofre Bisbal, Miquel Nadal i Antònia Valriu, 1995, Sóller. Situa aquesta xifra en el 97%.



---

# **INTERVENCIÓ PSICOSOCIAL A LA MANCOMUNITAT DEL PLA DE MALLORCA A L'ÀMBIT DE LA VELLESA**

**Bartomeu Barceló**, Psicòleg  
**Joan Antoni Salas**, Treballador social

Elaboració de l'estudi sobre recursos socials a la Mancomunitat del Pla:

**Maria Ferriol** (T.S. Mancomunitat)  
**Petra Joan** (Coordinadora Mancomunitat)  
**Magalida Rosselló** (T.S. Mancomunitat)  
**Josefina Santiago** (Psicòlega EVIF)  
**Cristòfol Sastre** (T.S. EVIF)  
**Magdalena Viedma** (T.S. Mancomunitat)

## **I. EMMARCAMENT**

La Mancomunitat del Pla es configura com un referent de les actuacions de l'Equip de Vellesa i Família, així com unitat d'anàlisi del territori coherent i homogènia.

Les característiques demogràfiques, socials i culturals dels pobles que conformen la Mancomunitat fan recomanable una intervenció global del seu conjunt.

Els 13 municipis de la Mancomunitat presenten tendències regressives quant a la seva estructura de població. Són els municipis que tenen els índexos més alts d'envelliment i sobreenvelliment (relació de la població major de 74 anys amb la de 64).

L'important envelliment de la població i, per tant, la presència com element singular de la comarca de necessitats socials a l'àmbit de les persones majors, han determinat aquesta intervenció, consensuada amb els Serveis Socials de la Mancomunitat del Pla, de caràcter global.

La base d'aquesta col.laboració entre el CIM i la Mancomunitat del Pla, a l'àmbit de la vellesa, parteix de l'elaboració de l'estudi sobre les necessitats socials de les persones majors usuàries d'algun dels Serveis Socials d'Atenció Primària, especialment el SAD. Aquest estudi té com a resultat el document "Envelliment i intervenció psicosocial als municipis de la Mancomunitat del Pla".

A partir d'aquest document i dels diferents contactes establerts amb els responsables tècnics de la Mancomunitat, s'aprova per part del Servei d'Acció social i Sanitat del CIM la proposta de nivells i continguts de col.laboració entre aquest i els SS.SS. de la Mancomunitat. Aquesta proposta determina els àmbits d'actuació de l'Equip de Vellesa i Família en el territori, així com la col.laboració amb els SS.SS. de la Mancomunitat.

L'estudi realitzat completa un altre anteriorment elaborat, igualment en col.laboració entre ambdues institucions. El primer estudi feia referència a set municipis de la Mancomunitat<sup>1</sup>, amb una descripció general del sector dels majors,

de les necessitats detectades i propostes d'actuació. Donat que ja existia aquesta informació, ha semblat més oportú que aquest nou treball se centràs a recollir la informació dels mateixos usuaris.

El document final recull els resultats del propi estudi, així com mesures per a la intervenció psicosocial.

## 2. ASPECTES DE L'ESTUDI SOBRE RECURSOS SOCIALS DELS SECTOR DE LA VELLESA

Entre els diferents apartats d'aquest document hem de ressenyar alguns apartats. En primer lloc, la presentació de les dades demogràfiques dels diferents municipis:

**Taula 1. Indicadors Sociodemogràfics i d'envelliment**

MUNICIPIS	Població total 1991	Pob. de 65 i més anys	Pob. de 75 i més anys	% Pob. 65 i més sobre total població	% Pob. 75 i més sobre total població
ALGAIDA	3.164	751	355	23,74	11,22
ARIANY	853	217	92	25,44	10,79
COSTITX	804	169	72	21,02	8,96
LLORET	814	184	80	22,60	9,83
LLUBI	1.968	422	208	21,44	10,57
MARIA	1.769	413	287	23,35	10,57
MONTUÏRI	2.048	512	227	25,00	11,08
PETRA	2.640	592	301	22,42	11,40
SANT JOAN	1.666	418	175	25,09	10,50
SANTA EUGENIA	915	207	95	22,62	10,38
SENCELLES	1.665	390	190	23,42	11,41
SINEU	2.580	577	255	22,36	9,88
VILAFRANCA	2.137	494	189	23,12	8,84
MANCOMUNITAT	23.023	5.346	2.526	23,22	10,97
MALLORCA	568.187	83.470	35.576	14,69	6,26
BALEARS	709.146	100.370	42.835	14,15	6,04

Segons podem observar, els municipis de la Mancomunitat presenten uns valors en els seus indicadors que no només confirmen la tendència general que hem ressenyat, sinó que se situen molt per damunt dels paràmetres mitjans, no només pel nombre de majors, sinó per l'envelliment progressiu i la dinàmica regressiva de la població.

Fonamentalment, es tracta de municipis que destaquen per damunt de la majoria de pobles, i per damunt de la mitjana de Mallorca i de Balears. Es tracta d'una realitat que s'explica<sup>2</sup> per la incidència dels processos d'urbanització i emigració que són l'origen de la segregació espacial de les persones majors.

El pes de la presència agrícola a Mallorca, i el "Pla de Mallorca" no és una excepció sinó un exemple gairebé paradigmàtic, modifica la seva tendència i passa a disminuir davant l'augment del pes de la dedicació productiva al turisme, implicant una revalorització de les terres estèrils de la costa, la subsegüent urbanització moltes vegades accelerada i a l'èxode de la població dels pobles de l'interior a la capital o a les zones turístiques.

Els municipis agrícoles del Pla van perdre població de manera sostinguda configurant progressivament una estructura de població envellida i una dinàmica de creixement poblacional regressiva. En definitiva, uns municipis cada cop menys poblats i cada cop més vells<sup>3</sup>.

Aquestes dades no fan altra cosa que ratificar la necessitat d'una intervenció



---

específica, a nivell territorial i a l'àmbit de la vellesa, per part del CIM.

La població estudiada, com ja s'ha esmentat a la presentació, és el conjunt d'usuaris dels SS.SS. de la Mancomunitat. Aquest plantejament de recollida, basat en les declaracions dels propis interessats, té diversos riscos, entre els quals cal destacar:

1. El plantejament d'intervencions generals des d'una òptica de planificació de recursos s'ha de fer amb prudència.
2. Es disposa d'una informació de només una part del sector de majors, que precisament ja rep, en la majoria dels casos, algun tipus de servei.
3. No es pot controlar el tipus i nivell de la informació o desinformació dels majors enquestats respecte de tots els tipus de recursos possibles per a ells, podent-se facilitar que es decantin vers els que ja coneixen en detriment d'altres.
4. Que si l'aplicació del recurs no ha de ser immediata pot distorsionar la resposta. En la mesura que a l'hora de passar l'entrevista quan l'usuari es mostri favorable per a un determinat recurs, una vegada passat el temps, i s'ha d'aplicar aquest recurs, la seva opinió pot haver canviat.

No obstant aquests riscos, presenta per altra banda diversos avantatges:

1. Donada la dimensió de la mostra, es poden realitzar aproximacions analítiques a nivell de Mancomunitat.
2. Es disposa d'una informació directa de cada usuari actual i també dels potencials connectats ja amb els Serveis Socials.
3. Es poden confirmar les situacions detectades a l'estudi de 1991 i avançar vers una millor definició de serveis a aplicar.
4. Permet plantejar la fitxa de recollida d'informació no tant com entrevista d'opinió sinó com entrevista de valoració tècnica, és a dir, un instrument de recollida d'informació objectiva que permet la valoració tècnica, més que la recollida d'opinions.
5. Realitzada en aquests termes, es disposa d'un instrument tècnic que facilita la intervenció immediata amb els recursos disponibles i facilita una valoració per a la planificació i orientació de les necessitats actuals i previsió de futurs recursos.

### **3. DADES RECOLLIDES.**

S'ha confeccionat una fitxa per a la recollida de la informació que reuneix els següents indicadors<sup>4</sup>:

Municipi.

\* Identificació de l'usuari (nom i data de naixement).

\* Estat civil.

\* Nucli de convivència.

\* Contactes familiars.

\* Nivell d'autonomia en les Activitats de la Vida Diària.

\* Malalties que pateix.

\* Vivenda (tinença, dotació) i condicions.

\* Valoració tècnica (obert).

\* Possibles recursos a aplicar (suport a domicili i alternatives a la convivència al domicili).

### 3.1. Edat

En aquest estudi s'han considerat tres grups d'edat.

El primer interval és el de menors de 65 anys que, lògicament, són minoria (41; 9,23%)<sup>5</sup>. La presència d'aquest grup s'explica per estar entre els 60-65 anys, utilitzar recursos socials i ser, si més no, futurs usuaris.

El segon interval d'edat considerat va dels 65 anys als 74 anys i és el grup que segons els experts correspon a la tercera edat o als vells-joves. Amb 128 persones representa el 28,83% del total de majors entrevistats.

Finalment, hem considerat el grup de 75 i més anys, grup de la quarta edat o dels vells-vells, que representa un total de 275 majors (61,94%).

Pràcticament a tots els municipis i, pel que més ens interessa, a la Mancomunitat globalment considerada, la proporció més alta ve representada pel grup de més de 74 anys. Seria important, coneixent les dades demogràfiques i d'envelliment que hem comentat al capítol anterior, saber quina proporció hi ha a la Mancomunitat de majors de 74 anys davant la mitjana d'esperança de vida<sup>6</sup> com també, i sobretot, per l'esperança de vida sense incapacitat<sup>7</sup>. Ara per ara, no tenim aquesta dada però el que explica la gran presència del grup de majors de 75 anys és el tipus de selecció de població utilitzat. De fet, demogràficament parlant, el pes del sobreenvelliment a la Mancomunitat estaria entre el 38,26 de Vilafranca -en el llistar més baix- i el 50,24 de Petra -en el més alt- passant pels índexs centrals com els de Montuiri (44,34) i Sineu (44,19). I és que 9 dels 13 municipis<sup>8</sup>, tenen un índex de sobreenvelliment superior a la mitjana de Mallorca, però no tenen l'índex descomunal que s'obté de la mostra d'usuaris de l'estudi.

Una altra consideració que hem de fer és que, detectada la tendència a l'envelliment i la major esperança de vida actual, anirà incrementant-se el grup de sobreenvelliment, amb les repercussions assistencials corresponents.

### 3.2. Sexe i estat civil

El nombre de dones és de 279 (62,84%) i el d'homes 165 (37,16%). L'índex de feminització del col·lectiu estudiat és del 59,13%. La majoria dels entrevistats són casats (181; 40,77%) seguit a pocs punts del grup de vidus (159; 35,14%). El tercer grup en consideració és el de fadrins (94; 21,17%). Pel que fa a aquest indicador, és important tenir en compte la implicació de parella cuidadora per als que estan casats i de solitud per als vidus/vídues i els fadrins/es. De fet, quan fem referència a l'indicador "Nucli de convivència" podrà observar-se això amb més precisió. Així mateix, podem considerar la possibilitat de parelles de majors i la conseqüència que es desprèn sobre les possibles actuacions assistencials de cura familiar.

### 3.3. Nucli de convivència

Les implicacions assistencials de l'indicador "Nucli de convivència" no són només per al cas de la solitud, sinó també per al cas dels possibles cuidadors familiars, és a dir, membre o membres de la família que atenen el major quan ho ha de menester en les seves activitats de la vida diària. Així, observam que el total de familiars cuidadors potencials serien els que es derivarien de nuclis de convivència on hi ha el marit/dona, fills o altres familiars. Tindríem així un total de 291 casos (65,54%) en el quals el seu nucli de convivència podria implicar la presència potencial de familiars cuidadors.

Per una altra part, si tenim en compte el fet que el 35,81% dels majors estan vivint amb el marit o la dona i que l'envelliment, agrupant majors de 65 i 75 anys,

---

arriba al 91% del total de la mostra, podem pensar que el nombre de majors amb envelliment i sobreenvelliment que viuen amb una parella també major<sup>9</sup> pot representar una xifra molt alta. Donada la soledat del major o l'edat avançada de l'altre membre de la parella, totes les tasques de les activitats de la vida diària es veuen dificultades per dur-se a terme amb un nivell de satisfacció suficient si no es fan amb l'ajuda assistencial específica (professional) o la de familiars cuidadors amb suport.

### 3.4. Contactes familiars

El que hem observat a la mostra del present estudi és que, centrant-nos més en els contactes amb els fills, aquests eren diaris en el 43,02% dels casos. No és el grup de contactes majoritari si consideram agrupadament els contactes amb altres familiars o bé diaris o amb altres freqüències (208; 46,84%).

Ara bé, si consideram els contactes diaris, tant de fills com d'altres familiars, tenim un total de 295 casos (66,4%). Per tant, podem establir una previsió respecte que hi ha un suport informal al major en el sentit amb el qual iniciàvem aquest apartat (d'ajuda, companyia...), però també, i vistes les edats dels majors, no podem descartar les tasques assistencials dels cuidadors familiars, amb totes les necessitats de suport, tant cap a la seva feina com cap a ells personalment i familiar.

### 3.5. Malalties que pateix

Les xifres que ens apareixen assenyalen una presència majoritària de patologies de l'aparell circulatori<sup>10</sup> amb el 29,05% (129 majors), seguides de les patologies de l'aparell locomotor i teixit conjuntiu<sup>11</sup> amb el 21,40% (95 majors) i de les patologies diverses amb el 18,24% (81 majors) que desconeixen què inclouen. Convé tenir en compte els 72 majors (16,22%) que ens assenyalen lesions i efectes diversos amb repercussió sobre les activitats de la vida diària,<sup>12</sup> si bé aquest darrer grup de patologies no són les úniques que afecten el desenvolupament normal de les activitats de la vida diària. Per això, és fàcilment previsible la localització de majors amb dificultats per a la realització de les activitats quotidianes però que figuren a altres apartats de patologies. Cal insistir en què és del tot convenient conèixer la prevalença del grup de malalties mentals<sup>13</sup>, ja que són un conjunt de patologies amb un gran impacte no només en la població de majors, sinó, sobretot, en les activitats quotidianes dels cuidadors d'aquests majors.

### 3.6. Vivenda

D'aquest apartat hem tingut en compte el règim de tinença, les condicions i les dotacions amb les quals estan equipades, si bé sols podrem tractar les dues primeres.

Pel que fa a la tinença, la majoria (279; 62,84%) dels enquestats assenyalen que en són propietaris. Segueixen els grups dels que estan en usdefruit (100; 22,52%), situació de relativa freqüència quan els majors passen els seus béns en donació reservant-se l'estatus d'usufructuari.

Quant a les condicions de la vivenda, no consten dèficits en el 87,39% dels casos. El restant percentatge es divideix en problemes bàsicament d'humitat (7,88%) i de barreres arquitectòniques (3,83%)

### 3.7. Recursos a aplicar

Aquesta part de l'estudi contempla la valoració de quin tipus de recursos serien

susceptibles d'aplicar "a priori". No es tractava d'una informació contrastada sinó d'una aproximació que a vegades s'ha confós amb el recurs que ja s'aplicava (SAD, bàsicament).

Les respostes recollides per l'entrevistador no eren excloents, per la qual cosa s'entra en el camp de possibles recursos a aplicar que poden solapar-se entre ells (menjador, menjar a domicili, SAD, Centre de Dia) o que saturen de serveis a un mateix usuari (SAD, telealarma, menjador, menjador a domicili, bugaderia, centre de dia).

Per tant, presentam els resultats recurs a recurs recordant aquesta no exclusió i que ens interessin, sobretot, les tendències que presenten.

Així mateix, hem de recordar el que dèiem a l'emmarcament d'aquest treball, quan assenyalàvem que no controlàvem el tipus i el nivell de la informació o desinformació dels majors entrevistats respecte de tots els tipus de recursos possibles per a ells, podent-se facilitar que s'inclinin vers els que ja coneixen en detriment d'altres.

En qualsevol cas, la informació recollida en aquest apartat és la següent (Taula 8):

#### POBLACIÓ DE 65 I MÉS ANYS PER RECURSOS A APLICAR

	Menys 65 anys	De 65 a 74 anys	Més de 74 anys	TOTAL	% sobre 444 persones
SAD	38	114	278	430	37.49%
Menjar a domicili	21	79	166	266	23.19%
Centre de dia	10	48	94	152	13.25%
Residència	14	51	71	136	11.86%
Bugaderia	8	27	61	96	8.37%
Telcalarma	1	16	27	44	3.84%
Menjador	1	7	12	20	1.74%
Seguiment	0	1	1	2	0.17%
Grups	0	1	0	1	0.09%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b> 8.11%	<b>344</b> 29.99%	<b>710</b> 61.90%	<b>1147</b> 100%	<b>100%</b>

NOTA: respostes no excloents. Hi ha 5 persones que no contesten a aquesta qüestió

#### 4. SITUACIÓ DELS MAJORS ENTREVISTATS RESPECTE DE LES ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA (AVD)

A partir de la capacitat per valer-se «Es pot valer per sí mateix», hem creuat tres variables que consideram significatives pel tema, a saber:

1. Nucli de convivència amb tres atributs: "sol", "amb marit/esposa", "altres".
2. Activitats de la vida diària amb onze atributs: "Anar a l'W.C.", "Rentar-se", "Vestir-se", "Aixecar-se del llit", "Fer el menjar", "Netejar la llar", "Anar a comprar", "Netejar la roba", "Anar al metge", "Fer gestions", "Rebre visites".

3. Nivell d'autonomia per a les AVD amb tres atributs: "Sí autònom", "No autònom", "Amb dificultats per a la seva autonomia"<sup>14</sup>.

#### 4.1. Revisió general

A la taula 09 podem observar els valors totals de la capacitat per a realitzar les activitats de la vida diària (AVD). El grup més nombrós és el de les persones que tenen grans dificultats en les AVD, en concret el 59,01% (262 majors), seguit de les que es valen amb dificultats, que representa el 21,62% (96 majors). Finalment, 86 persones majors es poden valer per elles mateixes, representant el 19,37% (taula 09 i 09a).

#### POBLACIÓ DE 65 I MÉS ANYS PER MUNICIPIS

Taula 09.a: Capacitat per a realitzar activitat vida diària (AVD)

	Pot valer-se	Amb dificultat	Greus dificultats	TOTAL	%
ALGAIDA	9	15	55	79	17.79%
ARIANY	6	6	21	33	7.43%
COSTITX	3	4	9	16	3.60%
LLORET	1	1	0	2	0.45%
LLUBI	3	4	19	26	5.86%
MARIA	12	12	23	47	10.59%
MONTUIRI	5	7	17	29	6.53%
PETRA	6	9	16	31	6.98%
SANT JOAN	10	5	12	27	6.08%
SANTA EUGENIA	1	7	16	24	5.41%
SENCELLES	17	6	21	44	9.91%
SINEU	3	4	20	27	6.08%
VILAFRANCA	10	16	33	59	13.29%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>96</b>	<b>262</b>	<b>444</b>	<b>100%</b>
	19.37%	21.62%	59.01%	100%	

Crida molt l'atenció l'elevada xifra dels que tenen grans dificultats<sup>15</sup> per realitzar les AVD, no només pel valor en sí mateixa sinó considerant el pes d'altres indicadors que ja hem descrit com el de la solitud, el sobreenvelliment i les visites o contactes no diaris dels fills o altres parents. En aquest sentit, hi ha convergència en les dades.

Aquesta alta dependència té un impacte assistencial important, tant sobre els serveis socials com sobre els cuidadors familiars, agreujada en els casos de majors sols o amb parella també major. Aquest aspecte el podem contrastar amb els resultats de la sèrie de taules 09a. Així, dels 262 majors amb grans dificultats per a les AVD, 68 viuen sols, 80 viuen amb el marit/esposa i 114 amb altres situacions de convivència. Hem de tenir en compte que les persones majors soles viuen un tipus de situació i necessiten unes atencions que les situen en el punt de màxima prioritat. No obstant això, el pas posterior a fer no és altre que el d'esbrinar directament la situació específica de necessitat de cada cas i la forma de cobrir-la.

Per una altra part, del grup de 96 majors que realitzen les AVD amb dificultat, 34 viuen sols, 36 amb el marit o esposa i 26 amb altres situacions de convivència. Tot

i que, en un nivell menys prioritari que l'anterior col·lectiu, se'ls ha de tenir ben presents no només per la seva situació actual, sinó perquè el procés d'envelliment els situarà progressivament en el grup de majors amb dificultats per realitzar les AVD.

## POBLACIÓ DE 65 I MÉS ANYS PER MUNICIPIS

**Taula 09.a: Capacitat per a realitzar activitat vida diària (AVD)  
segons nuclis de convivència**

	Viuen sols valer-se	Pot dificultat	Amb dificultat	Greus TOTAL	%
ALGAIDA	4	5	15	24	5.41%
ARIANY	0	0	3	3	0.68%
COSTITX	0	2	6	8	1.80%
LLORET	1	1	0	2	0.45%
LLUBI	0	2	5	7	1.58%
MARIA	5	3	9	17	3.83%
MONTUIRI	0	4	3	7	1.58%
PETRA	3	6	2	11	2.48%
SANT JOAN	1	1	3	5	1.13%
SANTA EUGENIA	0	2	4	6	1.35%
SENCELLES	0	2	5	7	1.58%
SINEU	1	2	6	9	2.03%
VILAFRANCA	4	4	7	15	3.38%
<b>TOTAL</b>	<b>19</b> 15.70%	<b>34</b> 28.10%	<b>68</b> 56.20%	<b>121</b> 100%	<b>27.25%</b>

### Viuen amb marit o esposa

	Pot valer-se	Amb dificultat	Greus dificultat	TOTAL	%
ALGAIDA	3	5	24	32	7.21%
ARIANY	3	1	1	5	1.13%
COSTITX	3	0	2	5	1.13%
LLORET	0	0	0	0	0.00%
LLUBI	2	0	2	4	0.90%
MARIA	7	6	8	21	4.73%
MONTUIRI	4	2	7	13	2.93%
PETRA	3	2	8	13	2.93%
SANT JOAN	6	3	2	11	2.48%
SANTA EUGENIA	0	3	5	8	1.80%
SENCELLES	8	3	8	19	4.28%
SINEU	1	2	4	7	1.58%
VILAFRANCA	3	9	9	21	4.73%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b> 27.04%	<b>36</b> 22.64%	<b>80</b> 50.31%	<b>159</b> 100%	<b>35.81%</b>

---

## **5. RECURSOS, ACORDS I SERVEIS ACTUALMENT DISPONIBLES PER A LA VELLESA**

### **5.1. Personal propi**

1. Quatre diplomades en treball social, una amb tasques de coordinació, i una auxiliar administrativa compartida amb altres serveis de la Mancomunitat.

### **5.2. Acords**

1. Conveni amb el CIM per al Pla de Prestacions Bàsiques. Projectes de Servei d'Informació i Orientació i de Servei d'Ajuda a Domicili. Suport tècnic i econòmic.
2. Col.laboració amb els programes propis sectorials del Consell Insular. Amb l'Equip de Gent Gran: l'informe pel projecte de Centre de Dia de Montuïri, preparació, anàlisi i avaluació de les dades obtingudes de la fitxa de gent gran i elaboració del document d'elements per planificar les línies d'intervenció.
3. Conveni amb el CIM per a la concessió d'ajudes econòmiques.
4. Conveni amb l'INSERSO per al SAD a nivell econòmic.
5. Conveni amb el Ministeri de Justícia per disposar d'objectors de consciència.
6. Acord amb Creu Roja per disposar de Telealarmes.
7. Col.laboració amb els grups de voluntaris d'acció social de l'Església.
8. Recepció d'aliments des de Creu Roja (dos pics a l'any) per fer arribar a famílies o persones soles en situació de necessitat. El repartiment es fa amb els voluntaris i els objectors. En ocasions, també l'assistent social.
9. Col.laboracions amb associacions de la Tercera Edat, escoles, l'associació de mestresses de casa de Santa Eugènia, les Unitats de Salut i el Centre de Salut de Sineu.

### **5.3. Serveis i ajudes no tècniques**

#### **5.3.1. Servei d'Ajuda a Domicili**

- El gestiona la Mancomunitat i s'executa mitjançant la contractació de serveis amb una cooperativa.
  - El diagnòstic de la problemàtica, valoració, seguiment i avaluació dels casos es realitza mitjançant una reunió mensual entre els assistents socials i les treballadores familiars de la cooperativa.
  - El nombre de casos totals durant 1995 ha estat de 265 persones.
  - El nombre de casos del sector de la vellesa han estat 230 (87%).
  - El nivell de cobertura del servei per al sector de la vellesa és del 4,3%<sup>16</sup>
  - El nombre de treballadores familiars és de 14.
  - La ràtio de casos de vellesa per treballadora familiar és de 16.
  - El nombre d'hores assistencials realitzades durant 1.995 al SAD ha estat de 22.569 h. No es disposa de la distribució sectorial d'aquest temps. No obstant, recollint el percentatge de casos de vellesa (87%), podem estimar que s'han dedicat un total de 22.569 h. de SAD a la vellesa.
  - Tenint en compte les 22.569 hs. dedicades als 230 casos de vellesa, tenim les següents ràtios:
    - Hores per persona/any: 98.
    - Hores per persona/mes: 8.
    - Hores per persona/setmana: 1h. 53 min.
    - Hores per persona/dia: 23 min.
- #### **5.3.2. Servei de Telealarma**
- El nombre d'usuaris de telealarmes durant 1.995 ha estat de 26.

---

- No disposam de la distribució dels usuaris per sectors de població. No sabem, doncs, quants són del sector de la vellesa.

### **5.3.3. Ajudes no tècniques**

Per al 1995 s'ha comptat amb un pressupost per ajudes no tècniques de 1.375.000 PTA. No es té especificació sectorial de la distribució feta.

## **5.4. Recursos propis dels Ajuntaments de la Mancomunitat del Pla.**

### **5.4.1. Servei de menjar a domicili a Algaida**

Dirigit a persones majors (91%) i minusvàlids (9%) que no poden desplaçar-se al menjador social ni preparar-se el menjar a casa. El 43,5% estan soles, el mateix percentatge viu amb el marit o esposa i la resta (13%) amb altres familiars.

Les situacions més freqüents de les persones ateses són la dificultat per realitzar tasques diàries (19 persones), incapacitats pròpies de la gent major (17 persones), limitació de l'autonomia personal (14 persones) i la soledat, aïllament sense nucli familiar.

El servei es realitza a través d'un contracte amb un restaurant del municipi.

El repartiment es fa mitjançant els objectors de consciència amb el cotxe de l'Ajuntament.

S'ha atès un total de 23 persones.

S'han repartit un total de 2243 menjars.

Cada persona ha rebut una mitjana de 2,7 menús per setmana.

### **5.4.2. Centre de dia de Montuïri**

\* Obert a finals de maig de 1995. Va dirigit a persones majors que viuen soles o amb la família i que necessiten d'atenció social, psicològica i de salut, ja sigui perquè tenen una autonomia personal reduïda o perquè els seus familiars no els poden oferir durant el dia les atencions que necessiten.

\* L'assistència als majors atesos es fa a través d'un contracte de serveis amb la "Cooperativa de les Treballadores Socials de la Part Forana".

S'han atès 10 casos que presentaven limitacions en la seva autonomia personal, demència i dificultats per a realitzar les tasques diàries<sup>17</sup>.

\* Les persones ateses són dels municipis de Montuïri, Petra, Maria, Algaida, Sant Joan, Costitx i Sencelles.

\* El 80% són dones.

\* No figura l'edat dels usuaris ni altres dades psicosocials.

## **5.5. Residències**

\* Sencelles: Sor Francisca Cirer. 20 places per a vàlids. Titularitat religiosa. Menjador per a interns i externs necessitats.

\* Sineu: Hospital Sant Josep. 10 places. Vàlids i assistits al 50%. Titularitat municipal.

## **5.6. Menjadors socials**

En funcionament:

Algaida, Maria de la Salut, Montuïri, Sencelles, Sant Joan, Sineu i Vilafranca.

No estan en funcionament:

Petra, Ariany, Lloret i Costitx.

## **5.7. Transport de menjar a domicili**

En tenen: Algaida, Maria de la Salut, Montuïri, Sant Joan, Sencelles i Sineu.

\* Algaida: L'Ajuntament té un contracte amb el restaurant "Els 4 vents". Els



- objectors els reparteixen.
- \* Maria de la Salut. Es fa amb un contracte de serveis amb un bar que prepara els menjars. 15 menjars a domicili.
  - \* Montuiri. Patronat repartint-los amb la furgoneta. 35 menjars a domicili.
  - \* Sant Joan. S'ha organitzat des de l'Associació de la Tercera Edat. 6 menjars a domicili.
  - \* Sencelles. Des de la residència es reparteixen en els casos de necessitat. 2 menjars a domicili.
  - \* Sineu. S'utilitzen els serveis dels "Baret". Els objectors duen els menjars. 9 menjars a domicili.

## 6. CONCLUSIONS

El resum de les conclusions pot fer-se en els següents termes:

1. La majoria dels pobles de la Mancomunitat "Pla de Mallorca", si no experimenten canvis en els seus corrents migratoris i en la seva estructura poblacional, seguiran augmentant les tendències a l'envelliment.
2. L'impacte general d'aquesta situació tindrà previsiblement les següents característiques:
  1. Augment del pes específic del col·lectiu de persones majors.
  2. Necessitat de canvis en l'oferta sanitària i l'atenció psicosocial.
  3. Augment de la demanda de qualitat de vida per part de les persones majors.
  4. Augment de pressió sobre les famílies cuidadores pel creixent pes de la població major.
  5. Procés de solitud entre els ancians, essent les dones les que majoritàriament constitueixen llars unipersonals.
  6. Feminització de l'ancianitat. Aparició de necessitats socials pròpies del col·lectiu de dones majors que viuen soles.
  7. Aparició de subcol·lectius, encara que minoritaris, amb pensions baixes (sector agrícola, no contributives,...)

## 7. PROPOSTES D'ACTUACIÓ

A partir de les conclusions que apareixen a l'estudi s'acorda un pla de treball entre l'Equip de Velleja i Família i els SS.SS. d'Atenció Primària de la Mancomunitat observant les següents línies d'actuació:

1. Manteniment de la cobertura dels SAD-1 en la ràtio de 1995.
2. Implantació progressiva a 4 anys del SAD-2 (col·laboració amb Centres de Salut, atenció psicosocial i suport a l'ajuda informal)
3. Promoció de l'associacionisme dels majors i de les seves activitats socials específiques.
4. Ajudes no tècniques.
5. Implantar recursos a domicili complementaris del SAD.
6. Creació de centres assistencials de nivell intermitjà.
7. Promoció del voluntariat i altres formes d'ajuda informal, en tasques de suport.
8. Activar programes psicosocials de prevenció de situacions de necessitat i suport a familiars cuidadors.
9. Previsió de places residencials.

EVIF	ACTUACIO	OFERTA	METODE
SAD-1	Atenci— individual	Demanda/directa	Treball indiv.
SAD-2	Suport als professionals Suport als voluntaris	Demanda Demanda	Sessions de feina Sessions de feina
ASSOCIACIONISME DELS MAJOR	Promoció Informació	Demanda/directa Demanda/directa	T. Comunitari T. Comunitari
AJUDES NO TECNIQUES RECURSOS COMPLEMENTARIS DEL SAD	Ajud econòmiques Assoc.	Convocatòria pública	Seguiment
MENJARA DOMICIL BUGADERIA	Assessorament Assessorament	Demanda assessorament Demanda assessorament	Treball institu. Treball institu.
CREACIO DE DOS CENTRES DE DIA MONTUÏRI SENSE DETERMINA	Assessorament Assessorament	Demanda assessorament Demanda assessorament	Treball institu. Treball institu.
PROMOCIO DEL VOLUNTARIAT (ajuda informal)	formació i supervisió	Demanda formació	Sessions de feina
PREVENCIO PSICOSOCIAL Dinàmiques de grups Detecció i valoració	Familiars cuidadors Directa a casos detectats Demanda	Directa a casos detectats Treball en grups Treball indiv.	Treball en grups
PLACES RESIDENCIALS SINEU	Assessorament	Demanda assessorament	Treball institu.

#### NIVELLS I CONTINGUTS DE COL·LABORACIO ENTRE EVIF (CIM) - UTS (MANCOMUNITAT DES PLA)

EVIF	UTS	RECURSOS COMUNIT	COL·LABORACIO
SAD-1	Gestió		Treball individual
SAD-2	Gestió	C.Salut	Suport als professio. Suport al voluntariat
ASSOCIACIONISME DELS MAJOR	Promoció Informació	Segons disponibilitat	Associacions
AJUDES NOTECNIQUES	Ajud econòmiques Assoc.	Ajud. económ. famílies Descomptes taxes	
RECURSOS COMPLEMENTARIS DEL SAD			
MENJARA DOMICILI BUGADERIA		Elaboració projecte Elaboració projecte	Assessomnt. tècnic Assessomnt. tècnic
CREACIO DE DOS CENTRES DE DIA MONTUÏRI SENSE DETERMINAR		Seguiment Elaboració projecte	Assessomnt. tècnic Assessomnt. tècnic
PROMOCIO DEL VOLUNTARIAT		Segons disponibilitat	Grups voluntariat formació i supervisió
PREVENCIO PSICOSOCIAL	Familiars cuidadors Treball en grups Detecció i valoració	Atenció individual Atenció individual Atenció individual	C.Salut C.Salut
PLACES RESIDENCIALS		Elabora. projec. recony. Revisi— conveni CIM Concerts places	Assessomnt. tècnic

---

## Notes:

- 1 Sta. Eugènia, Sencelles, Costitx, Llubí, Lloret, Sineu, Maria de la Salut.
- 2 Carbonero (1994): Padrins i repadrins a les Balears. Una societat de quatre generacions davant el 2.000. Lleonart Muntaner
- 3 Vegeu taula 1. Edats.
- 4 Aquest indicador pot donar elements per a anàlisis d'actuacions preventives i assistencials.
- 5 Algaida, Lloret, Llubí, Maria de la Salut, Montuïri, Petra, Sta. Eugènia, Sencelles, Sineu.
- 6 Un 55% dels vells que viuen sols tenen més de 65 anys i un 27% més de 74. Per una altra part, el 32% dels casats tenen més de 74 anys, pel que fa al nucli de convivència per grups d'edat. Així, un 27,27% dels majors sols tenen més de 74 anys i un 31,64 dels majors de 74 anys viuen amb marit o l'esposa.
- 7 Patologies cardíacques, alteracions de la pressió arterial i patologies del sistema vascular.
- 8 Artritis reumatoide i similars, artrosi i similar, osteoporosi i altres malalties de l'aparell locomotor i teixit conjuntiu.
- 9 Fractures, luxacions i subluxacions, esquinços i altres traumatismes i efectes diversos.
- 10 Psicosis no alcohòlica, neurosi i altres trastorns mentals i psicològics. Les psicosis no alcohòliques inclouen les demències, l'esquizofrènia, les psicosis afectives i altres.
- 11 Descripció relativa a l'estrés, cansament, irritació i depressió del familiar cuidador i les seves conseqüències sobre la relació amb el major assistit. S'hi vinculen factors associats al tipus de relació familiar establerta, al tipus de situació del major (demència, Alzheimer, mobilitzacions necessàries, etc.), a la informació i coneixements dels familiars sobre l'atenció als majors i, en definitiva, tots els factors psicosocials implicats (suport de la família, estrés laboral, etc). Per a més detall sobre el tema pot veure's: Santiago, J. i Sastre, C. et al.: "Els familiars cuidadors de persones grans", Alimara nº 36 des. 1995 pgs. 37-41; Pérez del Molino, J. et al.: "Familiares de enfermos con demencia: Un paciente más", Revista Española de Geriatria y Gerontología 28,3 pags. 183-188, 1993; Banahan, B.F. et al.: "¿Quién cuida del anciano de la familia?" Medifam 1993, 3 (4), 232-236; Bazo, M<sup>a</sup> T.: "La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas" Revista Española de Geriatria y Gerontología, 26, 1, pags 47-52, 1991; i Conde Sala, J.L.L.: "Soporte a los familiares cuidadores", íd. 1993, 3: 95-97.
- 12 La ràtio que planteja el Pla Gerontològic de la CAIB és el 0,5% de la població de 65 o més anys.
- 13 Psicosis no alcohòlica, neurosi i altres trastorns mentals i psicològics. Les psicosis no alcohòliques inclouen les demències, l'esquizofrènia, les psicosis afectives i altres.
- 14 Assenyalam que, a efectes d'anàlisis posteriors hem agrupat les dades dels atributs «No autònom» i «Amb dificultats per a la seva autonomia» en un sol conjunt per facilitar la lectura.
- 15 A les taules que segueixen s'assimilen aquestes grans dificultats a l'atribut «No és autònom».
- 16 El càlcul de la demanda potencial a partir de l'estàndard del 3,5% de persones de 65 o més anys (Ajuntament de Barcelona) indica una cobertura de SAD per a 187 casos. Hi ha, doncs, amb les dades del Cens de Població de 1991, un superàvit de 43 casos de vellesa. Pel que fa a l'estàndard del 8% (Pla Gerontològic) hi ha un dèficit de 198 casos. El Pla Integral per a les Persones Majors del Govern Balear estableix la ràtio del 3% de les persones de 65 o més anys com a percentatge d'usuaris potencials dels serveis d'ajuda a domicili que si l'aplicam a la població de la Mancomunitat serien 160 casos. No disposam de les dades d'edats dels casos. Convindria extreure-les si es vol observar el pes del sobreenvelliment al SAD i el nivell de cobertura per a aquesta banda d'edat. El Pla Integral del Govern Balear postula una cobertura del 5% de SAD per al col·lectiu de majors de 75 i més anys. Si s'aplica aquest estàndard parlariem a la Mancomunitat d'una previsió de 126 casos, xifra que segurament se supera actualment a nivell de cobertura real.
- 17 La ràtio que planteja el Pla de la CAIB assenjala el 0,5% de la població de 65 o més anys. Pel que fa a la Mancomunitat, la cobertura potencial seria de 27 places.

---

*La Comissió de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca, conscient de la nova incorporació a la societat mallorquina de persones vingudes d'arreu del món, ja fa un seguit d'anys que manté intervencions amb el col·lectiu de nouvinguts.*

*L'any 1992 es va dur a terme un estudi sobre població d'origen magribí a Mallorca. Des de l'any 1994, es treballa en la recollida de dades dins l'actual programa de l'Observatori Permanent de la Immigració (OPI). L'any 1996 ha suposat, conseqüència d'un conveni de col·laboració entre diferents entitats, el desenvolupament de tres programes adreçats a procurar la integració d'immigrants estrangers residents a Mallorca: sensibilització i formació de mediadors, integració educativa i cultural, i registre i estudis de migracions.*

*Paral·lelament, s'ha posat en marxa mitjançant els convenis INEM-Corporacions Locals, el Servei d'Integració Sociolaboral del Col·lectiu Immigrant a la Comarca d'Inca que, amb oficines a Inca i sa Pobla, pretén aconseguir la inserció educativa, sanitària, laboral i social normalitzada dels immigrants.*

*José Luis Frau, treballador social coordinador d'aquest equip de treball, amb l'article «El Servei d'Integració d'Immigrants» ens fa cinc cèntims d'aquest nou servei i també una breu anàlisi de les dades que ja disposen.*

---

---

# EL SERVEI D'INTEGRACIÓ D'IMMIGRANTS

**José Luis Frau Monterrubio,**  
Coordinador-Treballador Social SIM

## INTRODUCCIÓ

La nostra Comunitat ha estat des dels anys 50 receptora de col·lectius immigrants. Darrerament, juntament amb la immigració interna del nostre país, ha adquirit una gran importància la immigració que prové de països estrangers, i en especial d'origen magribí.

La problemàtica que té el col·lectiu immigrant no és tant sols de caràcter laboral ni normatiu; la sanitat, la vivenda, el reagrupament familiar, l'escolarització i la integració social són qüestions que l'afecten i li preocupen força.

S'ha de tenir en compte que la integració d'aquestes persones és reflex d'una societat justa i tolerant on els beneficiats són tant els immigrants com els nadius.

Per aconseguir aquesta integració, s'han d'articular els mitjans necessaris i aquesta va ser la raó que va motivar que el CONSELL INSULAR DE MALLORCA impulsés la creació del SERVEI D'INTEGRACIÓ D'IMMIGRANTS (SIM) que, amb dues Oficines d'Integració Sociolaboral a Inca i a sa Pobla, treballa amb els immigrants extracomunitaris a la Comarca d'Inca (al municipi d'Alcúdia es manté un punt d'atenció amb hores concertades).

## OBJECTIUS

### General:

Aconseguir la inserció sociolaboral, educativa i sanitària normalitzada dels immigrants.

### Específics:

- Normalització administrativa del col·lectiu quant a les informacions i tramitacions d'estrangeria.
- Normalització del col·lectiu pel que fa a les informacions i tramitacions de prestacions socials, relacions laborals i prestacions sanitàries.
- Escolarització i seguiment escolar dels menors d'edat.
- Suport i inserció de les famílies agrupades.
- Sensibilització social i intercanvi cultural entre els diversos col·lectius.
- Consolidar l'equip com a mediador entre els usuaris i l'Administració de l'Estat, Autònoma i Local.

## EQUIP

L'equip de feina estarà format per un Coordinador del Servei-Treballador Social, una Treballadora Social i un Tècnic en Relacions Laborals- Graduat Social.

### **Funcions del Coordinador-Treballador Social:**

- Coordinació de l'equip i distribució de tasques i horaris.
- Coordinació de la gestió del programa.
- Coordinació de les diverses instàncies públiques i privades en relació amb la temàtica del programa.
- Promoció i sensibilització dins el marc del coneixement intercultural.
- Elaboració dels informes de les memòries del programa.
- Funcions pròpies de Treballador Social.

### **Funcions de la Treballadora Social**

- Actuarà a dos nivells:
  - . als locals assignats al programa i
  - . en els espais on els usuaris desenvolupen la seva vida quotidiana.
- Informació dels recursos socials, sanitaris, educatius, etc.
- Coneixement de les prestacions en l'àrea de serveis socials, en l'àrea sanitària i en la educativa.
- Gestions quant a la convalidació d'estudis.
- Coneixement de les circumstàncies de l'habitatge dels grups de convivència.
- Gestions quant a l'àrea de vivenda.
- Gestions i seguiment dels processos de reagrupament familiar i de nacionalitat.
- Relació amb el col·lectiu immigrant, actuant com a mediadora en la interacció amb la resta de la població i les administracions (INEM, INSS, INSALUD, INSERSO.)
- Coordinació amb els serveis socials comarcals sanitaris i educatius.

### **Funcions del Tècnic en Relacions Laborals**

- Gestió d'exempcions de visats, permisos de residència i treball, reagrupaments familiars així com totes les altres casuístiques lligades a l'aplicació del Reglament d'Estrangeria.
- Tramitació de contingents de mà d'obra.
- Gestió i tramitació de recursos ordinaris i altres escrits dirigits a les seccions d'estrangeria del Ministeri de Treball, de Policia i a la Delegació de Govern.
- Informació laboral i de seguretat social.
- Borsa de treball coordinada amb les ofertes de l'INEM.
- Relacions amb l'INEM comarcal, coneixements de l'àmbit laboral comarcal i supervisió del contingut dels contractes de treball.
- Ser «intermediari» entre l'usuari i l'Administració.

## **MECANISME DE DERIVACIÓ**

El funcionament del SERVEI D'INTEGRACIÓ D'IMMIGRANTS, com a servei específic d'atenció al col·lectiu immigrant, implica que les seves derivacions s'iniciaran en el moment en què la demanda realitzada a les UTS o serveis que treballen amb immigrants superi els seus àmbits d'intervenció.

El SIM assumirà casos nous sempre d'acord amb els seus objectius i traslladarà els mateixos a la institució, organisme o servei adient si la demanda és pot canalitzar via servei normalitzat. Però, en un primer moment, les Oficines d'Inserció Sociolaboral han de funcionar més com a captadores de demandes, no s'ha d'oblidar que la relació de l'immigrant amb les diferents administracions, la majoria de vegades, és de submissió i desconfiança, i que la seva utilització no està gens generalitzada. És per això que el SIM intervindrà directament en els expedients

---

de nova creació, tant des del punt de vista social com d'estrangeria, en una primera fase.

La relació amb les diferents UTS afectades pel SIM ha de partir d'aquest punt. Val a dir que tant a Inca com a Alcúdia les intervencions amb població immigrant són insignificants. A sa Pobla la realitat és diferent, gràcies a la creació durant cinc mesos d'una Oficina d'Integració d'Immigrants, que va apropar aquest col·lectiu als Serveis Socials.

## **VALORACIÓ**

En els tres mesos de funcionament l'anàlisi de les primeres dades codificades és el següent:

### **1.- EXPEDIENTS OBERTS: 114**

Aquesta dada és significativa a l'hora d'observar l'alt índex d'acceptació del SIM per part del col·lectiu immigrant de la Comarca, ja que suposa l'obertura d'11 expedients per setmana. S'ha de tenir en compte que l'atenció directa als usuaris es va iniciar dues setmanes després de la creació de la oficina i que els tècnics estan contractats per 30 hores setmanals. Per altra banda, a excepció de sa Pobla on hi havia un precedent d'Oficina d'Integració, als altres municipis l'atenció a aquest col·lectiu era minoritària, essent molt reduïdes les demandes efectuades a les diferents xarxes d'atenció social. Sens dubte, la difusió feta al començament del Servei amb una assemblea realitzada a sa Pobla, i amb el repartiment de fulletons als domicilis dels possibles destinataris, varen donar els seus fruits.

### **2.- USUARIS DIRECTES: 149**

### **3.- DEMANDES EXPRESSADES: 243**

D'aquestes, a nivell d'estrangeria, en destaquen per ordre d'importància:

- renovació permisos de treball i residència
- configuració/revisió contractes de treball
- tramitació documentació d'estrangeria
- informació/tramitació reagrupaments familiars
- drets/intervencions laborals.

I pel que fa a l'àrea social:

- tramitació prestacions sanitàries
- tramitació documents de l'administració
- informació/tramitació prestacions INEM
- intervenció en Seguretat Social (ajudes, recursos).

L'anàlisi de les demandes expressades ens indica unes 2'1 demandes per expedient. Sens dubte aquest ítem és representatiu dels principals problemes que té el col·lectiu immigrant: la inestabilitat jurídica i laboral, el difícil accés a la vivenda, a la sanitat, als sistemes de protecció social, manca d'informació sobre l'accés i tramitacions tant des del punt de vista d'estrangeria com dels sistemes de protecció social; dificultats per reivindicar els seus drets, etc.

S'ha de tenir en compte, també, que l'accés a la majoria de prestacions del sistema de protecció social estan en funció de la situació no tant legal de residència al país, sinó de l'alta contractual. És per això, que moltes demandes expressades de caire social, en un primer moment, no poden tenir una resposta solucionadora i

---

s'han de reconvertir en intervencions laborals o contractuals.

**4.- ENTREVISTES : 279**

**5.- VISITES DIMICILIÀRIES: 10**

**6.- INTERVENCIONS /GESTIONS: 380**

El nombre d'intervencions/gestions per expedient se situa en una mitjana de 3'3. D'aquestes, pel que fa referència a gestions d'estrangeria, les més importants són: reagrupaments familiars (coneixement de les sol.licituds efectuades, seguiment, informació i tramitació de les mateixes); permisos de treball i de residència (estat de les sol.licituds, tramitació, informació); temes contractuals (assessorament, realització de contractes).

De les intervencions/gestions socials, les sanitàries (accés a l'assistència sanitària, assistència a familiars, informació i orientació), les de seguretat social (ajudes i prestacions de l'INSS, reclamacions, tramitacions), i les laborals (prestacions INEM, reclamacions) són les més significatives.

**7.- GESTIONS EXTERNES: 209**

Per gestió externa entenem tot contacte o intervenció realitzats amb les diferents administracions, entitats, organitzacions, etc. La mitjana de gestions externes se situa en 1'8 per expedient. Si afegim a aquesta xifra les 3'3 gestions/intervencions per expedient, i els 0'6 escrits per expedient, tenim que a cada expedient li correspon un total d'actuacions de 5'7. Aquesta dada és prou significativa tant per valorar la productivitat del propi SIM, com per analitzar les dificultats que té el col.lectiu immigrant perquè els seus drets siguin coberts.

**8.- REUNIONS: 63**

Aquestes reunions han suposat que el SIM sigui reconegut per les diferents administracions com a mediador entre aquestes i el col.lectiu. Aquest punt és de vital importància perquè l'atenció que pugui rebre un immigrant i l'accés a les administracions es normalitzi de manera raonable. S'ha de tenir en compte que la pròpia legislació d'estrangeria i els diferents reglaments propicien que el col.lectiu immigrant utilitzi de manera important els serveis de l'administració i que, de vegades, el tracte rebut no sigui el més adient.

## **TENDÈNCIES**

D'acord amb les dades codificades, es produirà en un curt termini un increment de les tasques que fan referència als reagrupaments familiars i, en conseqüència, les d'escolarització, de prestacions, de renovacions de permisos de residència i treball, etc.

Si l'objectiu d'aquest SERVEI és aconseguir la inserció sociolaboral, educativa i sanitària dels immigrants, el nostre treball d'ara endavant s'ha de dirigir als factors que incideixen directament sobre la integració social del col.lectiu:

-La qüestió cultural. On el coneixement de l'idioma juga un paper fonamental a l'hora de la interrelació.

-La legalitat. Es precisa un mínim d'estabilitat perquè l'immigrant pugui sentir-se un més de la nostra comunitat. Una interinitat constant no fomenta la identificació amb el col.lectiu.

-Els aspectes socioeconòmics. Una distinció socioeconòmica important genera pautes de conducta en el col.lectiu que el fan diferent de la resta de la comunitat.

És el repte que hem adquirit.





*L'article que dóna contingut a aquest bloc se'l podria haver enquadrat en un bloc de disminuïts, ja que no parla en exclusivitat d'inserció sociolaboral, però l'entitat signatària de l'article, la Coordinadora de Minusvàlids, sí té per objecte la inserció d'aquest col·lectiu; ara bé, l'èmfasi de l'article es posa sobre el fet laboral i és el seu eix.*

*Tal com se'ns exposa al resum de l'article, la Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears es fundà l'any 1978, per tant ja porta 18 anys impulsant «... accions encaminades a la defensa dels drets de les persones amb qualque minusvalidesa, ... i la millora de la seva qualitat de vida mitjançant la normalització dels recursos existents».*

*A l'article, l'Equip Tècnic de la Coordinadora, ens presenta els seus programes i serveis i, amb més detall, el Programa de Garantia Social Modalitat B subvencionat pel Ministeri d'Educació i Cultura d'inserció laboral d'alumnes amb necessitats educatives especials.*

---

# **Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears**

## **PROGRAMES I SERVEIS**

**Equip Tècnic**

### **RESUM**

*L'article actualitza la informació referent als Programes i Serveis que la Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears du a terme. A més presenta amb més detall el PROGRAMA DE GARANTIA SOCIAL MODALITAT B subvencionat pel Ministeri d'Educació i Cultura d'inserció laboral d'alumnes amb necessitats educatives especial.*

La Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears es fundà l'any 1978 per iniciativa de diverses associacions, com a entitat privada sense ànim de lucre, arran de la preocupació per la situació de marginació en la que es trobava gran part del col·lectiu de persones amb discapacitats. La finalitat era la de propulsar accions encaminades a la defensa dels drets de les persones amb qualque minusvalidesa, tant física, psíquica com plurideficiència i la de millorar la seva qualitat de vida mitjançant la normalització dels recursos existents. Amb aquest propòsit la Federació ha treballat i treballa per impulsar i gestionar accions i serveis que contribueixen a la inserció social del col·lectiu.

### **PROGRAMES I SERVEIS QUE ES DESENVOLUPEN**

#### SERVEI D'INTEGRACIÓ SOCIAL I LABORAL DEL DISMINUÏT

La Federació és adjudicatària del "Servei d'Integració Social i Laboral del Disminuït" de l'Ajuntament de Palma. Des de 1984 es gestionen els distints Serveis dirigits al col·lectiu que l'Ajuntament ha convocat i que han anat variant de forma i contingut. El Servei compta en l'actualitat amb un equip d'integració social i un d'integració laboral.

La integració social i potenciació de l'autonomia personal de les persones amb minusvalidesa es treballa des dels 6 Centres Municipals de Serveis Socials de l'Ajuntament a través de les figures professionals dels educadors especialitzats.

L'equip laboral, format per dos mestres de taller i dos preparadors laborals, treballa en els programes de formació professional bàsica dels tallers de formació i els programes de formació per al manteniment i auto-recerca de feina. El suport a la integració laboral es du a terme mitjançant el Programa "Treball amb Suport" Inclusió Mallorca, en el marc del conveni interinstitucional signat entre el Consell Insular de Mallorca, Ajuntament de Lluçmajor, AMADIP, ASPAS, GESMA, Ajuntament de Palma i la Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears.

#### PROGRAMA D'INTEGRACIÓ LABORAL

Programa inclòs també en el Programa "Treball amb Suport" des de l'any 1995. Promou la inserció laboral de les persones amb minusvalideses físiques o plurideficiències. Es posa a l'abast de les persones interessades un borsí de treball

que proporciona llocs de feina des del Programa TAS i des de la pròpia Federació. L'objectiu és el de facilitar l'accés i manteniment del treball donant el suport i seguiment necessari per a l'adaptació al lloc de feina.

#### CENTRE DE DIA "ÀGUIJA"

Creat a l'any 1990 arran de la manca de recursos de formació ocupacional i assistencial per al col·lectiu de persones amb greus discapacitats, majors de 16 anys, que no podien accedir a Centres Especials de Treball. Es treballa en l'adquisició d'habilitats d'autonomia personal i social que millorin la qualitat de vida d'aquestes persones. El centre compta amb un programa d'activitats que contempla nivellament cultural, expressió plàstica, dinàmica de grup i psicomotricitat.

#### CENTRE D'INFORMACIÓ I ASSESSORAMENT "CÀRRITX"

A partir de la iniciativa del Programa europeu HELIOS, la FCMB crea a la seva seu el Centre d'Informació i Assessorament (CAI) a través de la xarxa informàtica HANDYNET. L'objectiu és el de facilitar als usuaris i professionals interessats informació europea sobre ajudes tècniques, eliminació de barreres arquitectòniques i normativa específica. El Programa es finança a través de la Fundació ONCE i del Govern Balear.

#### SERVEI D'AJUDA DOMICILIÀRIA

El Servei es va crear per donar resposta a les demandes individuals que quedaven sense cobrir, especialment els caps de setmana i festius, pels serveis d'ajuda domiciliària existents. L'objectiu general és el de cobrir les necessitats assistencials bàsiques per contribuir a la millora de la qualitat de vida i autonomia de les persones amb greus minusvalideses. Fins a principis d'aquest any el Servei era finançat a través de subvencions dels programes de l'IRPF del Ministeri d'Afers Socials. En l'actualitat és un Servei assumit per la Federació amb la tasca d'una treballadora familiar.

#### SERVEI D'INFORMACIÓ I ASSESSORAMENT A LES ASSOCIACIONS FEDERADES

Servei creat per la Federació amb la finalitat d'oferir informació, orientació i suport als projectes i demandes de totes les associacions federades i persones que expressin qüestions relacionades amb el camp de les minusvalideses.

#### COMISSIÓ PER A L'ACCESSIBILITAT I LA SUPRESSIÓ DE BARRERES ARQUITECTÒNIQUES

Formada per membres de les associacions d'ASPROM, ABEB, ASPACE, ASDICA i la Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears. El seu propòsit és l'assessorament, sensibilització, proposta d'actuacions i denúncia de l'incompliment de les lleis en matèria d'accessibilitat i barreres arquitectòniques. La tasca de la Comissió es dirigeix a entitats públiques i privades, associacions i població en general.

#### **PROGRAMA DE GARANTIA SOCIAL**

*Donat que aquest és l'últim Programa d'integració laboral que Federació posa en funcionament, a continuació es realitza una explicació més detallada del Programa.*

#### PROGRAMA D'INTEGRACIÓ LABORAL PER A JOVES AMB NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS.

La LOGSE contempla, per als alumnes que no han assolit els objectius de l'ESO, els Programes de Garantia Social com a mesura d'atenció a la diversitat i com a instrument de la reforma educativa per aconseguir que aquests alumnes

---

obtinguin el major nivell de formació possible en el tram d'edat corresponent a les etapes de l'ESO.

El MEC posa en funcionament els programes de garantia social mitjançant la implantació de modalitats formatives diverses, adaptades a les característiques i necessitats dels alumnes. Aquestes s'imparteixen a àmbits diferents: als centres educatius i en col·laboració amb entitats públiques i privades. A les Illes Balears trobam programes en la modalitat d'iniciació professional a catorze IES i a dos Centres d'Adults. Les modalitats de tallers professionals, formació-ocupació i programes específics per a Alumnes amb Necessitats Educatives Especials (NEE) es duen a terme a més de deu Entitats i Associacions.

Com a complement a l'etapa formativa i específic per als alumnes amb NEE, el MEC promou els Programes de Garantia Social en la modalitat B, destinats a la inserció laboral d'aquests alumnes. Amb aquesta modalitat, el Ministeri manté el compromís del sistema educatiu amb el col·lectiu de joves amb NEE, permetent-los aprofitar-se d'un programa que els donarà suport en la difícil transició de l'etapa educativa a la laboral.

El 10 de novembre de 1995 la Secretaria d'Estat d'Educació convoca a concurs públic subvencions a Confederacions i Federacions d'Associacions sense ànim de lucre, dedicades a l'atenció de discapacitats, per al desenvolupament dels Programes de Garantia Social i dels plans d'inserció dirigits als alumnes amb NEE. Els objectius que el MEC proposa pels programes són:

- Sensibilitzar a empresaris i sindicats i informar-los sobre ajudes, normativa laboral específica i tecnologies que facilitin l'accés de les persones amb discapacitat al treball.
- Assessorar als alumnes i pares sobre les expectatives d'ocupació existents, sobre vies per l'accés a l'ocupació protegida i amb suport, així com per la posta en marxa d'iniciatives de treball per compta pròpia.
- Col·laborar amb els centres educatius en l'orientació laboral dels alumnes destinataris i en les activitats de transició al sistema productiu: realització d'estades de formació en centres de treball i recerca de la primera ocupació, principalment.
- Cooperar amb les Entitats i Institucions públiques i privades, relacionades amb la inserció laboral de joves discapacitats.

La Federació Coordinadora de Minusvàlids de Balears, donada l'experiència i coneixements adquirits durant més de 10 anys de treball en el camp específic de les discapacitats, presenta un projecte d'inserció laboral d'alumnes amb necessitats educatives especials en l'empresa ordinària que, el 28 de febrer del 1996, és seleccionat i aprovat pel Ministeri d'Educació i Ciència amb una durada de 2 anys per portar-se a terme a 6 IES i a un Centre d'adults de la ciutat de Palma.

L'equip professional està constituït per 2 tècnics laborals a jornada completa - un d'ells recercador de llocs de feina i l'altre preparador laboral-, un auxiliar administratiu i un psicòleg -coordinador del Programa- a mitja jornada.

La metodologia de treball s'emmarca dins quatre línies distintes:

- l'orientativa
- la formativa
- la laboral
- la sensibilitzadora

#### Línia orientativa

Juntament amb els professionals dels IES, s'orienta i assessora els alumnes i les

seves famílies, quant a les ofertes formatives i laborals de la comunitat. Aquests joves tot just han acabat la seva etapa formativa reglada i es troben en un moment d'elecció en un camp quasi desconegut i nou. Es treballa individualment amb cada un d'ells, a partir dels seus interessos i expectatives, proposant un itinerari formatiu/laboral individualitzat.

#### Línia formativa

Per als Alumnes amb NEE la sortida dels Programes de Garantia Social, és el primer pas cap a la realitat laboral i si bé han mantingut contactes amb els recursos i agents vinculats en la recerca de treball, no han estat amb la finalitat de trobar feina, sinó que han constituït un component formatiu més dins els continguts de la Garantia Social Modalitat A.

Pei que fa al Programa, i des d'un punt de vista molt pràctic, s'organitzen sessions formatives sobre matèria laboral a les instal·lacions dels IES, dirigides a l'adquisició de les habilitats socials i laborals necessàries per cercar i mantenir un lloc de feina. La finalitat és que els joves organitzin i iniciïn la seva auto-recerca de treball.

Donat que cada alumne té unes expectatives, motivacions i interessos diferents, a més, es realitza un seguiment individualitzat de cada cas.

#### Línia laboral

Un dels Objectius del programa és el de formar i donar suport als joves perquè per ells mateixos trobin la primera ocupació. Les dificultats existents en el mercat per aconseguir-ho han motivat que el tècnic especialitzat en ocupació realitzi també la tasca de recerca i posi a l'abast dels joves llocs de treball.

Un cop s'aconsegueix l'ocupació, s'analitza el lloc de feina i les característiques de la tasca a desenvolupar. Posteriorment es contrasta la informació obtinguda amb el perfil dels joves. Així, finalment es proposa a l'empresa l'alumne que reuneix les condicions més adients per ocupar el lloc.

El Programa compta amb un Preparador Laboral (PL) que, sempre que sigui necessari, es desplaça al lloc de feina, acompanyant el jove durant el temps d'adaptació (aquest varia en funció del lloc de treball i de les característiques del jove). Més tard el suport disminueix i es passa a l'etapa de seguiment, que acaba en el moment de finalització del contracte.

El PL intervé perquè les relacions amb els caps o empresaris siguin fluïdes, facilitant la relació del jove amb els companys, perquè aprengui a fer la feina correctament i perquè conegui les normes establertes a l'empresa.

#### Línia sensibilitzadora

Federació Coordinadora, seguint amb la tasca que ha desenvolupat des de la seva creació, realitza *campanyes* sensibilitzadores dirigides a entitats públiques i privades sobre les possibilitats de la inserció laboral. Concretament sobre el nou Programa de Garantia Social Modalitat B s'està duent a terme un treball de divulgació entre federacions empresarials, sindicats i agents socials.

El Programa de Garantia Social en la modalitat B començà el mes d'abril d'enguany i, per aquest motiu, encara es prest per avaluar els resultats. Sabem però, per pròpia experiència, que la integració laboral de les persones amb minusvalidesa és un fet real i exitós.

Hores d'ara podem destacar l'alt grau d'acceptació entre els professionals dels IES i de les famílies i joves. Fins ara, a la sortida de l'educació reglada, l'oferta de programes per a joves d'aquestes característiques era reduïda. Amb aquest Programa es posa a l'abast del jove un nou recurs que li servirà per superar l'etapa de transició al món laboral.



---

*Conformen aquest bloc de Toxicomanies tres articles dels quals són autors els professionals dels dos equips del Servei d'Acció Social i Sanitat d'aquest Consell Insular de Mallorca: el de Promoció de la Salut i el d'Atenció a les Drogodependències.*

*Per això, el primer s'emmarca dins les actuacions de prevenció que enjega el primer equip arreu de la nostra Illa. «Comissió de Control de Consum. Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca», signat per les sis components de l'EPS, és el fruit d'una col.laboració tipus póster presentat per aquest equip a les XXIII<sup>enes</sup> Jornades de Socidrogalcohol realitzades a Oviedo els dies 28, 29 i 30 de març de 1996.*

*En el segon article, «Intervenció terapèutica en la problemàtica alcohòlica Model Piramidal», Manuela Caparrós ens parla de la globalitat necessària per envestir la intervenció terapèutica en l'alcoholisme, que necessita de la interdisciplinarietat per aconseguir resultats òptims en el tractament d'aquesta patologia. Els elements bio, psico i social s'han de plantejar de manera global i no per separat.*

*Per últim, Julia Monge, seguint amb la problemàtica de l'alcoholisme, ens planteja la necessitat de la teràpia de grup per a l'abordatge d'aquesta malaltia. Al seu article «La teràpia de grup en el tractament de l'alcoholisme», ens dóna un seguit de pautes a seguir per aprofitar aquesta eina terapèutica.*

---



---

# **COMISSIÓ DE CONTROL DE CONSUM. PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE DROGUES DE MALLORCA**

**M<sup>a</sup> Jesús de la Escosura del Prado**, Psicòloga;  
**Cristina Mayol i Quetglas**, Diplomada en Treball Social;  
**M<sup>a</sup> Luisa Moro Velasco**, Pedagoga;  
**Maciana M<sup>a</sup> Bibiloni i Trobat**, Psicòloga;  
**Matilde Borràs i Ripoll**, Diplomada en Treball Social;  
**Mercedes Caffaro Rovira**, Metge.

**EQUIP DE PROMOCIÓ DE LA SALUT.**  
Comissió de Benestar Social, Consell Insular de Mallorca.

## **INTRODUCCIÓ**

El Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca (PPDM) es presenta com un programa marc d'intervenció en la prevenció de les drogodependències, dissenyat des de l'Equip de Promoció de la Salut. Aquest programa serveix de model teòric d'intervenció comunitària, a partir del qual es desenvolupen els Projectes Municipals, on es contemplen les necessitats i peculiaritats de cada municipi.

El PPDM parteix de les investigacions realitzades (Calafat i altres,) sobre els factors de risc, la presència dels quals permet assignar amb una certa probabilitat l'aparició d'un problema d'abús de drogues.

Aquests factors condicionen un estil de vida en l'adolescent que farà més o manco possible que hi hagi oferta de drogues i igualment influirà en la resposta que es doni a aquests oferiments.

Els objectius que persegueix el PPDM creen la base per desenvolupar l'estructura organitzativa i les directrius d'actuació que permeten dissenyar l'estratègia preventiva.

Els objectius són:

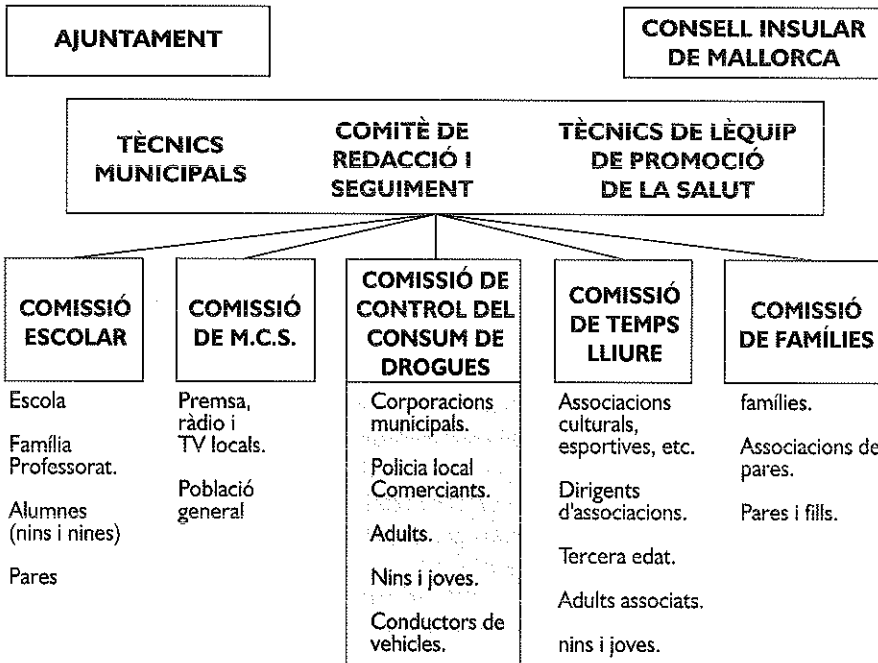
- 1) Fomentar l'elaboració i el desenvolupament de projectes de prevenció municipals.
- 2) Estimular la participació i compromís actiu dels mediadors formals i informals en l'elaboració i posada en pràctica dels esmentats projectes.
- 3) Involucrar gradualment en el programa les estructures estables (escoles, famílies, associacions, organitzacions de temps de lleure, etc.), optimitzant els recursos disponibles en el teixit social.
- 4) Fomentar la creació de canals de participació, que permetin recollir les iniciatives dels membres de la societat, tant a nivell organitzatiu com d'anàlisi de problemes específics o desenvolupament d'activitats.
- 5) Assegurar la integració de les diverses iniciatives preventives en un marc teòric i estratègic comú.

6) Investigar sobre les actituds, hàbits i comportaments respecte de l'ús de drogues, i la seva relació amb factors personals, socials o educatius, per poder determinar els factors de risc o protecció que ajudin a precisar els objectius de les intervencions.

7) Modificar les conductes socials dominants i públiques que sostenen i legitimen l'ús de les drogues, especialment les legals.

L'estructura organitzativa del PPDM està constituïda per comissions que actuen com a òrgan operatiu realitzant, executant i coordinant el projecte preventiu.

Les comissions estan formades per mediadors formals (professionals o persones que pel seu càrrec han de desenvolupar activitats preventives) i mediadors informals (que pel seu interès en el tema desitgen treballar en tasques preventives).



Les comissions proposades en el Programa són:

- Comissió escolar/familiar
- Comissió de control de consum
- Comissió de temps lliure
- Comissió de mitjans de comunicació

L'aplicació pràctica a municipis de pocs habitants ha provocat, sovint, l'existència d'una sola comissió des de la qual es treballen els diversos àmbits.

Actualment, dels 52 municipis que hi ha a Mallorca, 28 tenen projectes municipals de prevenció de drogodependències.

### **COMISSIÓ DE CONTROL DE CONSUM**

Un dels aspectes que preocupa a la comunitat és el consum d'alcohol i tabac en els joves. És per això que la comissió centra el seu àmbit d'actuació en l'existència de

la normativa vigent sobre la venda i consum de begudes alcohòliques i tabac als menors de 16 anys, amb l'objectiu que aquesta normativa es compleixi mitjançant:

- La sensibilització de la població per al compliment de la normativa dins l'àmbit municipal.
- El foment de mesures que afavoreixin la reducció del consum d'alcohol i tabac a llocs públics.
- La vigilància del compliment de la normativa.
- Coordinació i seguiment del desenvolupament de les actuacions que sorgeixen a la comissió.
- Coordinació i planificació conjunta de les activitats amb els responsables de les altres comissions municipals.
- La màxima implicació dels membres de la comissió perquè assumeixin les responsabilitats adquirides i intentar ampliar el seu àmbit d'acció i influència en la població del municipi.
- La detecció i avaluació de les necessitats o mancances del municipi, tant a nivell objectiu com sentit per la població.

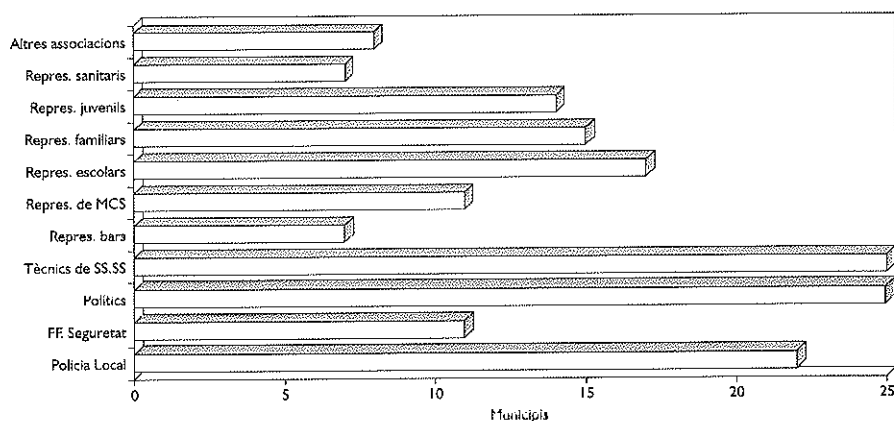
## METODOLOGIA

Es constitueix la comissió a cada municipi d'acord amb les prioritats del projecte local de Prevenció de Drogues que s'ha elaborat a partir de la realitat del municipi i les necessitats detectades.

En l'elaboració del projecte hi intervenen els responsables polítics i la UTS de l'Ajuntament.

Per a la formació i instauració de la comissió, i depenent de l'estructura del municipi, hi participen: el Cap de Policia Local, representants d'altres forces de seguretat, polítics i tècnics municipals (àrees de sanitat i serveis socials, consum, interior, etc.) representants dels mitjans de comunicació local (ràdio, premsa i televisió), representants de grups d'acció social parroquial, metges, apotecaris, representants d'associacions de veïnats i altres entitats culturals, recreatives i/o associatives del municipi.

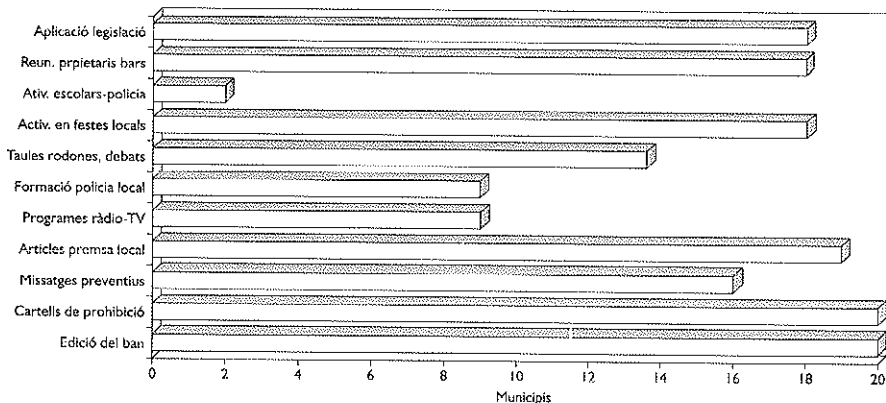
Entitats participants per municipi a les Comissions de Control de Consum (1995)



Per a l'execució del projecte es duen a terme les actuacions previstes en les que hi col·laboren els mediadors designats i que consisteixen en:

- Elaboració i edició del Ban Municipal recordant la legislació vigent en qüestió de venda i consum d'alcohol i tabac.
- Edició de cartells de prohibició de venda i consum de begudes alcohòliques i tabac a menors de 16 anys, per exposar als locals públics.
- Reunions amb els propietaris dels establiments públics on es ven i consumeix alcohol i tabac, per plantejar la problemàtica del consum i sol·licitar la seva col·laboració.
- Seguiment per part de la Policia Local i altres Forces de Seguretat del compliment de la legislació vigent en els locals públics.
- Tramesa de missatges preventius als pares i a la població en general.
- Elaboració d'articles per a la premsa local.
- Realització de taules rodones, debats, cine-fòrum, etc. en el municipi i/o en ràdio i televisions locals.
- Formació en prevenció de drogues a policies locals, a monitors esportius i de temps lliure.
- Activitats de sensibilització amb participació de distints grups de població.
- Intervencions en el medi escolar amb la policia local per reforçar el tema de l'educació vial.

**Tipus d'activitats per municipis realitzades des de les Comissions de Control de Consum (1995).**

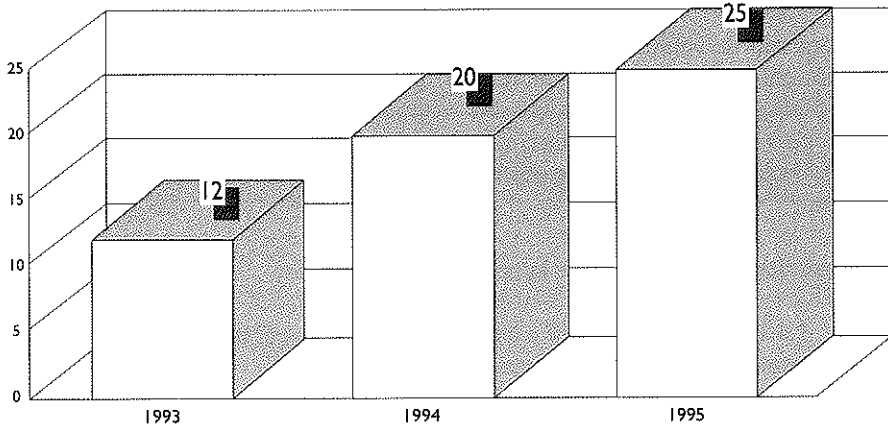


L'avaluació metodològica de les activitats realitzades es realitzarà posteriorment amb tota la comissió.

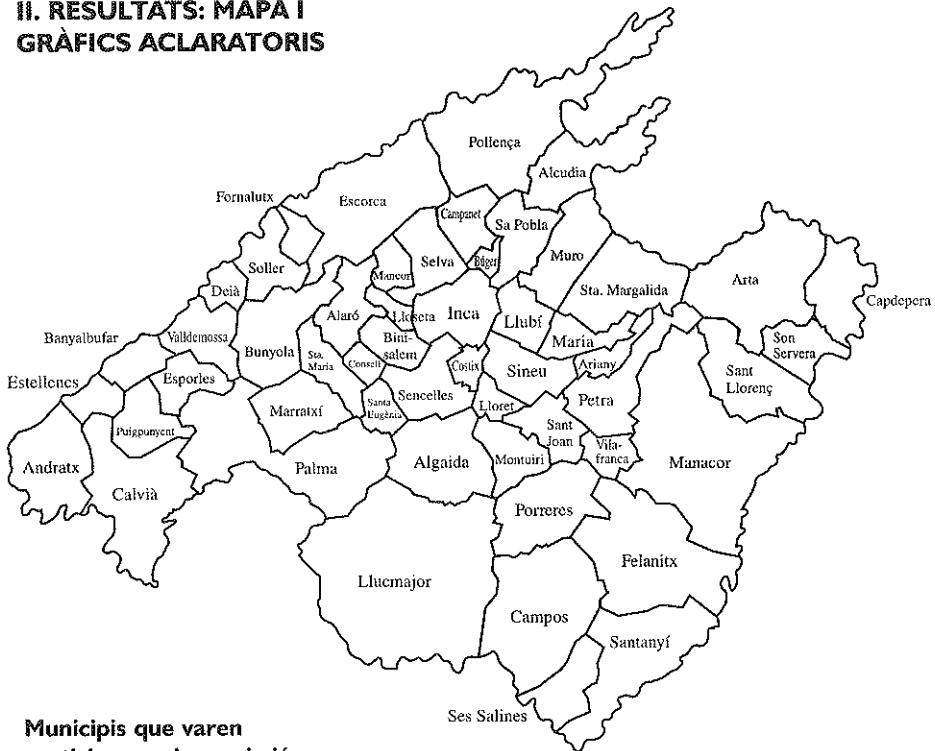
## CONCLUSIONS

-La implantació de les comissions s'ha realitzat progressivament. L'any 1993 hi participaren 12 municipis, augmentant-se en 8 durant l'any 94 i en l'actualitat s'ha arribat a un total de 25 municipis que tenen instaurada la seva Comissió de control de consum, el que fa que el 48% dels municipis de Mallorca abordin aquesta temàtica.

## Total de municipis per anys que realitzen la Comissió de Control de Consum.



## II. RESULTATS: MAPA I GRÀFICS ACLARATORIS



**Municipis que varen participar en la comissió de Control de Consum durant 1995**

-Degut a que la composició d'aquesta comissió reuneix membres de diferents col·lectius de la comunitat, s'ha facilitat que en aquells municipis on el treball

---

comunitari es va començar a través d'aquesta comissió, s'hagi estès a altres àmbits d'actuació, permetent generar un teixit social responsabilitzat en la tasca de la prevenció de drogues.

-La comissió de control de consum ha permès crear espais de coordinació entre diversos col·lectius de la comunitat. Això permet generar un discurs social i una pressió social que possibilita que els responsables polítics de les institucions municipals prenguin consciència de la necessitat de dur a terme una sèrie d'intervencions per complir els objectius promoguts per la comissió de control de consum.

-Les activitats que duu a terme la comissió faciliten:

- La informació i difusió sobre la normativa vigent en matèria de venda i consum de tabac i alcohol a menors de 16 anys.
- L'anàlisi entre la població, sobre diverses qüestions relacionades amb el consum juvenil d'alcohol.
- La sensibilització dirigida a pares a través de missatges preventius sobre el consum de drogues des de la família.

-La creació d'una coordinació entre els diversos municipis que constitueixen la comarca, ha potenciat la unificació de criteris d'actuació i ha impulsat la participació d'aquells municipis de l'illa que no s'havien implicat en el projecte de prevenció.

-L'experiència demostra que la Comissió de Control de Consum necessita principalment la participació de la policia local, tècnics de Serveis Socials i el compromís polític dels Ajuntaments. No obstant, la participació dels altres col·lectius és imprescindible per al bon funcionament de la Comissió.

-Es considera necessària la major implicació dels propietaris dels establiments de venda d'alcohol i tabac per millorar el rendiment de la Comissió.

-Es valora la necessitat de pensar el model d'intervenció en prevenció de drogodependències des d'una perspectiva global, integrant actuacions des de diferents àmbits: legislatiu, educatiu, sanitari, social,...

## **BIBLIOGRAFIA**

\* Glesbrecht, N. et a. (1990): «Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems.» U.S. Department of health and human services.

\* «Programa de Prevenció de Drogas de Mallorca». Sección de Promoción de la Salud. Consell Insular, 1992.

- 
- \* Turablan, J.L. (1992): «Participación Comunitaria en la Salud».
  - \* Real Decreto 192/88, 4 de marzo (B.O.E. del 9-03-88)
  - \* Orden de 8 de junio de 1988 (B.O.E. de 11-06-88)
  - \* Reglamento general sobre espectáculos públicos y actividades recreativas, decreto 2816/82 de 27 de agosto.
  - \* Congreso, 29 de marzo de 1994. Respuesta del Gobierno sobre medidas para eliminar el consumo de alcohol de los menores de 16 años.
  - \* Ley Orgánica 1/1992. Sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.
  - \* Criterios para la aplicación del art. 25 de la L.O. 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.
  - \* Recordatorio de la Delegación del Gobierno de Baleares (BOCAIB nº 59 de 13/5/89) sobre legislación vigente para la protección de la infancia y juventud.





---

# INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA EN LA PROBLEMÀTICA ALCOHÒLICA «MODEL PIRAMIDAL»

**Manuela Caparrós,**  
Psicòloga de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències del  
Consell Insular de Mallorca

## I. PRESENTACIÓ DE LA PROBLEMÀTICA I DIFICULTATS D'ABORDATGE

La patologia alcohòlica o els problemes relacionats amb l'alcohol es poden comprendre dins d'una perspectiva multidimensional que inclou factors somàtics, psicològics, individuals-familiars i socioculturals que interactuen entre si tant per desencadenar com mantenir el trastorn.

Per la qual cosa, el tractament dels problemes relacionats amb l'alcohol formarà part d'un MODEL BIOPSIICOSOCIAL, l'abordatge del qual vendrà caracteritzat per la mútua potenciació entre terapeutes (multidisciplinarietat), la diversitat de recursos disponibles (multimodalitat) i les escoles o mètodes terapèutics més utilitzats (multimetòdica).

A continuació, l'esquema representa les àrees a explorar en el tractament i els professionals que freqüentment intervindran durant tot el procés de forma interdisciplinària.

ÀREES A EXPLORAR	MODEL	EQUIP MULTIDISCIPLINARI
* SOMÀTICA	BIO	METGE/PSIQUIATRE
* PSICOLÒGICA/FAMILIAR	PSICO	PSICÒLEG
* SOCIOLABORAL	SOCIAL	TREBALLADORA SOCIAL

Malgrat tot, hi ha una sèrie d'aspectes a tenir en compte que dificulten l'abordatge de la problemàtica alcohòlica i que es podrien sintetitzar en relació a 4 grans grups:

### 1.1 En relació amb la societat

- \* La permissivitat social davant el consum.
- \* Droga social i culturalment acceptada.

- 
- \* Rebuig i discriminació de les persones afectades.
  - \* La desinformació existent sobre els efectes i les conseqüències de l'alcohol.

### **1.2 En relació al consumidor**

- \* La dificultat per reconèixer el seu problema (negació).
- \* Absència de consciència de malaltia.
- \* Molt poca motivació per canviar els seus hàbits i actituds.
- \* Ambivalència a la demanda (ser dissociat).
- \* Elevada freqüència de recaigudes.

### **1.3 En relació al professional**

- \* Actituds inadequades i poc receptives.
- \* Estil i formació del terapeuta. Reciclatge professional.
- \* Dificultats per detectar patologies encobertes.
- \* Perseverança i motivació necessàries.

### **1.4 En relació al sistema sanitari**

- \* Absència de planificació del problema.
- \* Manca de programes comunitaris.
- \* Descoordinació entre els recursos assistencials.
- \* Sobrecàrrega assistencial a APS.
- \* Manca de serveis especialitzats i freqüentment de difícil accés.

La complexitat i diversificació del treball amb malalts alcohòlics imposa la necessitat d'una terapèutica complexa i a llarg termini.

Per tant, a conseqüència del grau d'especialització i diferenciació que requereix l'esmentada assistència, i tenint en compte les fases evolutives de la patologia alcohòlica, caldran enfocaments terapèutics coordinats entre persones i institucions. D'aquesta manera, els recursos especialitzats en els problemes d'alcoholisme, han de coordinar-se amb les institucions dedicades a la atenció de problemes socio-sanitaris, des d'un concepte global d'atenció.

## **2. ABORDATGE PIRAMIDAL**

Aquest model de tractament dels trastorns relacionats amb l'alcohol està ajustat a les necessitats concretes de cada pacient, cosa que implica la utilització de diferents nivells d'intervenció segons es presenti la problemàtica i així com anem explorant el sistema configurador del símptoma.

En primer lloc, d'acord amb el/els membre/es que facin la demanda, rebran ASSESSORAMENT a nivell d'orientació i informació sobre la problemàtica i sobre pautes d'actuació, com a primera aproximació terapèutica (NIVELL 1).

Freqüentment requeriran, a més a més, TERÀPIA DE FAMÍLIA (NIVELL 2). I en alguns casos serà convenient plantejar TERÀPIA DE PARELLA (NIVELL 3). També de forma regular es precisarà TERÀPIA INDIVIDUAL (NIVELL 4), per possibilitar un espai personal al pacient on pugui expressar les seves dificultats i afavorir les seves potencialitats de canvi.

Aquest model piramidal ha de ser utilitzat des d'una perspectiva flexible i

---

pragmàtica, adaptant-ho a cada família, a cada moment i a cada situació, proporcionant-nos un instrument eficaç en la nostra pràctica professional.

Amb aquest plantejament s'obté el benefici estratègic d'ampliar el símptoma de l'alcohol a altres problemàtiques familiars encobertes i modificar la percepció de les dificultats que presenten.

A continuació es desplega cada NIVELL:

\* **NIVELL 1:** Consisteix en un abordatge familiar que ofereixi suport, orientació i consell pedagògic en ordre al tractament global de la família notablement afectada.

Aquesta **ORIENTACIÓ** ajuda a construir una aliança terapèutica entre els membres més significatius del sistema familiar, pacient i equip terapèutic, així com avaluar millor la problemàtica i implicar la família en el tractament.

Tot això contribuirà a evitar posteriors abandonaments del tractament durant les inevitables crisis i freqüents recaigudes.

Això és molt important, ja que solen presentar-se amb acusat descoratjament, motivat pels freqüents fracassos acumulats que poden condicionar les posteriors intervencions.

Aquí hauríem de distingir entre les famílies que es troben en situació de crisis i les que presenten un funcionament crònicament alterat, amb forta rigidesa, que impedeix la evolució favorable dels seus membres.

Mitjançant la avaluació del context i interaccions familiars, es recolliran dades que ens indicaran fins a quin punt un determinat funcionament està mantenint o empitjorant el trastorn del pacient i viceversa, si el trastorn està perpetuant una interacció familiar anòmala.

Per tant, per a les famílies que presenten una considerable disfunció familiar, l'estratègia de treball ha de desplaçar-se des del NIVELL 1 d'ASSESSORAMENT/ INFORMACIÓ al NIVELL 2 de TERÀPIA FAMILIAR.

\* **NIVELL 2:** La teràpia familiar està indicada per subratllar la importància de la corresponsabilitat i de la cooperació de la família durant el procés de tractament.

- **OBJECTIUS:**

- a) Crear un marc terapèutic adequat.
- b) Facilitar l'expressió dels sentiments reprimits (ansietat, culpa, vergonya, desesperança, ...) que no apareixen obertament.
- c) Les manifestacions de les seves expectatives vers el tractament.
- d) Implicar-los en la presa de decisions més importants.
- e) Avaluació continuada en el context: d'aquesta forma recollirem informació sobre el:

\* **NIVELL CONDUCTUAL:** Com actuen davant les conductes concretes del pacient;

\* **NIVELL EXPERIENCIAL:** Com expressen els seus sentiments respecte a ells;

\* **NIVELL COGNITIU:** Com perceben el problema i què opinen de la percepció dels altres.

f) Analitzar el cicle vital individual del pacient i dels membres de la família i detectar la disfunció que aquests puguin presentar.

\* **NIVELL 3:** Abordar la TERÀPIA DE PARELLA si es presenten dificultats en el subsistema conjugal que tinguin relació amb el trastorn alcohòlic.

- FINALITATS:

- . Estimular la parella perquè modifiqui allò que no funciona.
- . Formular metes clares, concretes i realistes, i també mitjans pràctics per aconseguir-les.
- . Redefinició de rols i acceptació de la problemàtica i responsabilitat mútues.
- . Promoure la comunicació directa i oberta.
- . Ensenyar a la parella a negociar, detectar i criticar les creences familiars irracionals.
- . Estimular el comportament adequat del pacient perquè abandoni el paper de malalt i comenci a assumir responsabilitats pròpies del seu rol.
- . Avisar sobre les possibles recaigudes per prevenir-les i, en el seu cas, poder reconduir-les sense dramatitzacions.

\* **NIVELL 4:** Seguiment individualitzat del pacient.

A. CRITERIS MÈDICS/PSIQUIÀTRICS

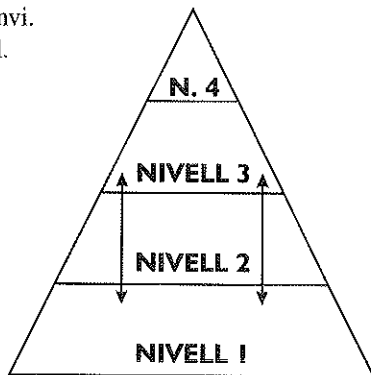
- \* Control farmacològic del sistema.
- \* Revisió permanent de l'estat somàtic.
- \* Trastorns psíquics associats.

B. CRITERIS PSICOSOCIALS

- \* Grau d'alteració de la seva situació social.
- \* Disfunció familiar greu i inaccessible a tractament.
- \* Aïllament social. «Exclusió social».
- \* Dificultats per a l'accés laboral.

C. CRITERIS PSICOTERAPÈUTICS

- \* Reforçar el procés de deshabitució.
- \* Potenciar els recursos personals.
- \* Augmentar les expectatives de canvi.
- \* Aconseguir la realització personal.



---

# LA TERÀPIA DE GRUP EN EL TRACTAMENT DE L'ALCOHOLISME

M<sup>a</sup> Julia Monge Cañellas

Psicòloga de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències  
Consell Insular de Mallorca

La teràpia de grup és una part fonamental del tractament de l'alcoholisme. Gairebé tots els programes que tracten aquesta drogoaddicció utilitzen el grup com a eina terapèutica.

La fase de la deshabitució alcohòlica no consisteix en una intervenció terapèutica puntual, sinó que es tracta d'un procés terapèutic consistent en l'aplicació de diverses estratègies i tècniques per part d'un equip multidisciplinar i especialitzat.

Les tècniques de grup són utilitzades en l'abordatge de l'alcoholisme com a una eina complementària al seguiment individual.

Es tracta d'un recurs terapèutic, l'eficàcia del qual no és fàcilment demostrable ja que no sol ser utilitzat com a única tècnica de tractament, sinó com a una part del programa de tractament.

Malgrat tot, és evident la superioritat de resultats dels programes de tractament d'alcoholisme que incorporen la tècnica de grup sobre els programes que no l'inclouen. Aquesta superioritat està demostrada en diversos estudis comparatius i es pot corroborar amb els resultats de la pràctica clínica diària.

En funció de les característiques del programa de tractament variaran també les característiques del grup per a alcohòlics. Diversos factors poden configurar la teràpia de grup: enfocament de l'equip terapèutic, estil del terapeuta, disponibilitat horària o d'espai, nombre d'alcohòlics en tractament, característiques del servei; i és per aquest motiu que moltes vegades ens trobam amb grups per a alcohòlics molt diferents els uns dels altres.

Malgrat això, aquest article intenta recollir les característiques comunes de la teràpia de grup per a alcohòlics, els objectius que, generalment, es volen aconseguir, quins alcohòlics poden acudir al grup i a quin moment és recomanable fer-ho.

## **1) CARACTERÍSTIQUES DEL GRUP PER A ALCOHÒLICS. AVANTATGES**

### **1.1 - ÉS UN RECURS RENDIBLE:**

- \* Rendibilitat de temps.
- \* Rendibilitat pel nombre de pacients atesos a la vegada.
- \* Rendibilitat de professionals que l'han de dur a terme.

### **1.2 - FACILITA LA PARTICIPACIÓ ACTIVA DE L'ALCOHÒLIC:** No el considera un element passiu que rep sense donar res a canvi.

1.3 - **ÉS UN RECURS AMPLIABLE, EN EL QUE ES PODEN IMPLICAR ALTRES PERSONES:** Familiars, alcohòlics rehabilitats, ...

1.4 - **FACILITA L'AUTONOMIA:** La interacció entre pacients disminueix el protagonisme del terapeuta i afavoreix el major compromís de l'alcohòlic amb el tractament.

1.5 - **ES TRACTA D'UN ÒPTIM ESCENARI PER A L'ENTRENAMENT SOCIAL:** Per a l'aprenentatge d'habilitats socials i per augmentar l'èxit de les intervencions terapèutiques que es posen en pràctica en el grup.

## **2) OBJECTIUS DEL GRUP:**

2.1 - **OBJECTIU GENERAL:** Aconseguir que els membres del grup puguin manifestar-se obertament més enllà del seu problema identificat (= alcoholisme) afavorint-se la solució de conflictes i l'adquisició d'habilitats d'enfrontament a problemes teòrics i pràctics. Tot allò per a «**CONSOLIDAR L'ABSTINÈNCIA I APRENDRE A VIURE SENSE ALCOHOL**».

2.2 - **ALTRES OBJECTIUS:**

a) **COMPRESIÓ** en profunditat de l'alcoholisme. Permet obtenir informació adequada.

b) La pròpia **CONSCIENCIACIÓ I IDENTIFICACIÓ** com a alcoholdependent. Acceptació del propi alcoholisme.

c) **DESCULPABILITZACIÓ** pròpia i l'exculpació de tercers. Abandonament de postures victimàries. Facilita l'alliberament de tensions.

d) Adquirir **RESPONSABILITAT** en el tractament, adquirir protagonisme en la pròpia recuperació. Incrementar la seguretat en ell mateix i millorar l'autoestima.

e) **SOLIDARITAT:** fidelitat al grup i suport als seus membres. Lloc d'encontre tolerant.

f) **APRENENTATGE:** de conductes alternatives, relació social sense alcohol, ...

g) Reforç de la sobrietat, de l'**ABSTINÈNCIA**.

h) **PREVENCIÓ DE RECAIGUDES:** Estratègies per a la identificació de situacions de risc i incrementar les seves possibilitats d'enfrontament. Abordatge de les recaigudes que es presentin en el grup: solució de conflictes, resolució de problemes.

i) Progressiva **SUPERACIÓ DE L'ADDICCIÓ** amb la reintegració plena a la societat (a nivell familiar, laboral o acadèmic, ...). Afavorir el canvi de l'estil de vida.

j) **INDEPENDITZACIÓ** gradual del grup, evitant automarginació o dependències al grup o a membres d'aquest.

## **3) CRITERIS D'INCLUSIÓ - EXCLUSIÓ DEL GRUP**

3.1 - **CRITERIS D'INCLUSIÓ:**

Fonamentalment la **VOLUNTAT DE CANVI**, encara que sigui ambivalent i la

---

CONSCIÈNCIA DE DEPENDÈNCIA ALCOHÒLICA, encara que no estigui totalment definida. És a dir, el qüestionament crític de la pròpia conducta i la disposició a introduir canvis.

Per part de l'alcohòlic es requereix:

- a) Haver superat la fase de desintoxicació.
- b) Reunir les condicions físiques, psíquiques i socials suficients per incloure's participativament en el grup.
- c) Estar mínimament informat del procés de tractament a seguir i de la funció del grup a l'esmentat procés.
- d) Haver acceptat el programa de deshabitució i el compromís d'abstinència. Acceptació de les normes grupals mitjançant la signatura del contracte terapèutic, ja sigui de forma verbal o escrita.

### 3.2 - CRITERIS D'EXCLUSIÓ:

- a) Psicopatologia greu.
- b) Nivell intel·lectual insuficient o deteriorament mental sever.
- c) Sociopatia o inadaptació social important.
- d) Personalitat histriònica, que cerca un fòrum.
- f) No compartir l'objectiu terapèutic de forma manifesta i després de les ambivalències inicials. Si la persona no accepta el seu alcoholisme, se seguirà treballant la motivació a nivell individual.
- g) Reiteració o ocultació de recaigudes sense intenció de canvi aparentmentides.
- h) Actitud parasitària o manipuladora amb la intenció d'obtenir beneficis secundaris.

No s'exclou la persona de dubtosa convicció per seguir el programa terapèutic i que ho segueix de forma forçada, perquè el grup pot promoure l'autèntic canvi motivacional. És suficient un mínim de motivació o l'acceptació de seguir el programa de tractament, ja que el grup afavorirà l'increment de la motivació.

## 4) QUAN INCORPORAR AL GRUP

«TAN AVIAT COM ES PUGUI, PERÒ SENSE PRECIPITAR-SE»

TAN AVIAT COM ES PUGUI, perquè:

- a) La confrontació amb altres alcohòlics accelera la presa de consciència i la següent disciplina terapèutica. Més eficaç en aquest sentit que les entrevistes individuals.
- b) Per a la persona que acaba d'iniciar el tractament, el grup constitueix un suport moral. Disminueix el sentiment de culpa.
- c) Si s'incorpora al grup quan «ja» se sent recuperat difícilment acceptarà la idoneïtat d'assistir al grup, amb el risc inclòs d'abandonar el tractament.

SENSE PRECIPITACIONS, perquè:

- a) L'entrada en el grup d'alcohòlics «verds», que encara no han aconseguit els criteris d'inclusió, pot distorsionar el diàleg i tenir un efecte negatiu per al grup.
- b) Les incorporacions prematures i continuades poden causar que el grup se senti ancorat en un etern «tornar a començar», amb sensació d'estancament, de no avançar.

## 5) MODALITATS DIFERENTS DE LA TERÀPIA DE GRUP PER A ALCOHÒLICS.

La tècnica de grup més utilitzada en el tractament de l'alcoholisme és la de grups de discussió amb la presència d'un terapeuta-moderador.

Aquest tipus de grups posen un major accent en el procés que segueix el grup, més que en el contingut. Malgrat tractar-se assumptes concrets en cada sessió, normalment relacionats amb l'alcoholisme, permet que surtin a la superfície els aspectes emocionals dels seus membres, la qual cosa aporta major riquesa terapèutica al grup.

Segons la composició del grup, o les característiques dels seus membres, podem distingir varis tipus de grup:

- a) Alcohòlics sols.
- b) Alcohòlics i familiars.
- c) Familiars d'alcohòlics (familiars - parella o altres - sols).
- d) Alcohòlics joves: Característiques del bevedor alcoholòman, amb un procés d'alcoholització més ràpid. És freqüent l'ús d'altres drogues.
- e) Dones alcohòliques: Malgrat que els patrons de consum es van igualant als dels homes, encara persisteixen diferències.
- f) Alcohòlics ancians: Inici tardà de l'abús o dependència, on l'alcohol s'ha utilitzat per a pal·liar pèrdues o suportar les dificultats de la jubilació.
- g) Fills d'alcohòlics (menors d'edat).

## 6) METODOLOGIA

En funció dels objectius que es prioritzin i de les característiques del servei o terapeuta la metodologia serà diferent.

La meua experiència em diu que seria recomanable que el grup per a alcohòlics reunís les següents característiques:

- 6.1 - Freqüència: setmanal o quinzenal.
- 6.2 - Duració de cada sessió: una hora i mitja si és quinzenal i una hora si és setmanal.
- 6.3 - Temps d'assistència al grup: mínim un any. Finalitza l'assistència amb l'alta terapèutica.
- 6.4 - Moment d'inclusió al grup: una vegada aconseguida l'abstinència a l'alcohol i quan es reuneixen els criteris d'inclusió.
- 6.5 - Nombre d'assistents: un mínim de sis i un màxim de vint. Això determinarà també si el grup és obert o tancat, sense que aquesta característica sigui determinant ja que un grup obert té l'avantatge de la mobilitat dels seus membres contràriament a l'estabilitat d'un grup tancat.
- 6.6 - Inclusió del familiar responsable: És preferible que sigui la parella i que assisteixi de forma alterna a les sessions de grup. És a dir, una sessió d'alcohòlics sols seguida d'una sessió d'alcohòlics amb les seves parelles (els que les tinguin).
- 6.7 - Funcions del terapeuta: en principi, pot tractar-se de qualsevol professional



---

de l'equip de tractament que tingui formació en drogodependències i dinàmica de grup.

La presència d'un coterapeuta no és imprescindible, però sempre facilita la tasca del terapeuta mitjançant la seva observació i registre escrit de la sessió.

El terapeuta no és un líder sinó un afavoridor de les relacions grupals. És fonamental que sintonitzi o empatitzi amb el grup.

Les seves funcions són: observar, moderar, seguir i observar l'evolució del grup i els seus membres, detectar possibles psicopatologies no detectades abans (per indicar exclusions de grup). En definitiva, afavorir el bon funcionament de la dinàmica grupal.

6.8 - Signatura del contracte terapèutic o compromís terapèutic: es pot fer de forma verbal o escrita. Les pautes bàsiques a complir serien: regularitat en l'assistència (avisar o justificar les faltes), puntualitat, confidencialitat, respecte als altres, participació activa i compromís d'abstinència (comunicar les recaigudes).

*Aquesta redacció ha cregut oportú no incloure l'article d'aquest bloc en l'anterior, encara que parli de persones drogodependents, per tres raons. La primera, pel fet que l'autora emmarqui el tema molt clarament en la malaltia i no gens en el fet o via com s'hi ha arribat; la segona, per la importància que, per desgràcia, de cada dia més, va adquirint aquesta malaltia dins la nostra societat; i, la tercera, per la poca literatura sobre la malaltia que es pot trobar a casa nostra. Això sí, presentam els blocs correlativament no per casualitat, sinó per deixar clar el nexa d'unió existents entre els dos.*

*Anant directament a l'article «SIDA: conductes de risc i intervencions preventives. Usuaris de drogues per via parenteral», de Maria Isabel Gelabert, ens aporta dades i elements d'anàlisi per a la realització d'intervencions preventives. Com ens diu l'autora al resum: «Es fa necessari canviar el discurs i deixar de parlar de **grups de risc** per fer-ho de **conductes de risc** treballant preventivament amb el conjunt de la població ...».*

---

# **SIDA: CONDUCTES DE RISC I INTERVENCIIONS PREVENTIVES. USUARIS DE DROGUES PER VIA PARENTERAL**

**Maria Isabel Gelabert Vich**

Psicòloga de  
l'Equip de Prevenció del Servei Municipal de Drogodependències  
de l'Ajuntament de Palma.

## **Resum**

Pel que fa a la infecció per VIH, la nostra comunitat presenta un dels nivells més alts. Es fa necessari canviar el discurs i deixar de parlar de grups de risc per fer-ho de conductes de risc, treballant preventivament amb el conjunt de la població i la representació social que tenen de la infecció i la malaltia, si volem aconseguir resultats que es mantinguin al llarg del temps. Les intervencions han de ser flexibles i adaptades a cada context concret per tal que arribin els missatges i treballar-se perquè es produeixin canvis significatius, no sols quedar-se en un nivell informatiu.

Des d'un servei específic en tractament i prevenció de drogodependències, no podem deixar de fer referència a un col·lectiu que habitualment presenta conductes de risc. Amb els UDVP el treball haurà de contemplar diferents estratègies i atendre el diagnòstic i pronòstic de la seva addicció, que condiona en gran part l'assumpció de conductes sense risc d'infecció.

## **A) ALGUNES DADES**

Espanya es troba per davant dels països europeus en la incidència de la SIDA, amb 25.775 casos acumulats registrats a meitat de 1.994, el que representa una taxa de 660 casos de SIDA per milió d'habitants. Actualment es produeix una mica més d'un cas a l'any per cada deu mil habitants.

Segons les dades del Registre Nacional de la SIDA (a 30 de Juny de 1994), de tots els casos, el 64% són Usuaris de Droga per Via Parenteral (UDVP), però van

en augment els de transmissió heterosexual, superant el 10% dels nous casos registrats. La majoria dels afectats (84%) tenen entre 20 i 40 anys.

Dades encara més recents, apunten que en el període 1981-1995 s'acumulen 34.618 casos. Sols durant 1994 es registraren 6.395 casos nous de SIDA. Baixen els casos d'afectats per relació homosexual i la resta de casos es distribueix de la següent forma, expressat en tants per cent:

UDVP	65'6
Transmissió heterosexual	12'8
Homo/bisexualitat	11'1
Fills d'infectada	0'9
Per hemoderivats	1'2

El 80'3% són homes, majoritàriament entre 25 i 39 anys (76%) (1)

La nostra Comunitat Autònoma és una de les que major taxa de SIDA té a nivell de l'Estat espanyol, 706'361 per milió d'habitants (casos acumulats 1981-1993), sols superada per les CC.AA. de Madrid, Catalunya i País Basc, per aquest ordre.

A les Illes Balears, fins al 30 de Juny de 1.993, s'havien notificat 482 casos, i 579 a 31 de Desembre del mateix any. L'edat mitjana era de 34'5, majoritàriament homes (297 homes front 82 dones). La distribució era la següent:

	Nre de casos	%
UDVP	198	52'2
Relació homosexual	115	30'3
Relació heterosexual	25	6'6
Per hemoderivats	14	3'7
Homosex+UDVP	7	1'8
Desconegut	20	5'3

Una investigació realitzada a la nostra comunitat (2) en dos períodes diferents (1986-89 i 1990-92) ens aporta que varien els mecanismes d'adquisició de la infecció:

Es manté constant: Usuaris de Drogues per Via Parenteral (UDVP)  
 Baixen: Per homosexualitat  
 Per recepció d'hemoderivats

Important augment:

a) Adquisició heterosexual:

1986-89.....3 casos..... 1'89%  
 1990-92.....22 casos.....10%

b) Sense determinar:

1986-89.....4 casos..... 2'52%  
 1990-92.....16 casos..... 7'27%

Malgrat la tendència dels UDVP sigui la de mantenir-se constant, veiem com a la nostra comunitat representen més de la meitat dels casos registrats. Si ens centrem en aquest col·lectiu (dades del Servei Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament de Palma) (a) :

Juliol 94-Des 95 %

VIH+ (*)	36'93
HEPATITIS (*)	41'44
CAP INFECCIÓ	21'62

(a) Juliol 94-Desembre 95: Mostra de 222 casos amb analítiques completes.

(\*) Presència de VIH+, sol o acompanyat de Hepatitis B, Hepatitis C o ambdues.

(\*) Presència d'Hepatitis B, C o ambdues alhora.

Si comparem aquestes dades amb les d'anys anteriors, segueixen la tendència de la infecció per VIH, que comentàvem a nivell general. Així i tot, hem de destacar els elevats percentatges d'infecció d'Hepatitis (B, C, o ambdues), que es detecten a edats més primerenques que la infecció per VIH.

Infecció per HEPATITIS (B,C, O AMBDUES) i per VIH (SOLS O ACOMPANYAT DE HB,HC, AMBDUES) I GRUPS D'EDAT. Dades del 94-95.

EDAT	HEPATITIS	%	VIH+	%
16-18	2	2,17	0	0
19-25	37	40,21	14	21,87
26-30	38	41,30	29	45,31
31-35	12	13,04	17	26,56
36-45	3	3,26	4	6,25
TOTAL	92	99,98	64	99,99

Si bé el grup d'edat més representat, pel que fa a la infecció per VIH i per HEPATITIS és el de 26-30 anys (45'31% i 41'30% respectivament), hem de fer notar que hi ha un 40'21% d'usuaris d'entre 19-25 anys que presenten infecció per Hepatitis,

dels quals:  
 5'40% per Hepatitis B  
 67'56% per Hepatitis C  
 27'02% per Hepatitis B+Hepatitis C

Es veu clarament la necessitat de treballar sobre les conductes de risc en tot el col·lectiu, ja que sols un 21'62% de la mostra no presentaven, en el moment de realitzar les analítiques, cap tipus d'infecció. Hem de tenir present que les vies de transmissió i contagi són comunes pel que fa a la infecció per VIH i per HB i que, almanco, la transmissió via sanguínia també ho és pel que fa la l'HC.

Si ho plantejem per sexes, és major el nombre d'homes que presenten infecció, també el nombre que consulta al Servei (el 83'01% d'UDVP usuaris del SMD són homes).

---

## SEXE I EXISTÈNCIA D'INFECCIÓ

Sexe	Amb infec.%	Sense Infec.%
Homes	79'89	20'10
Dones	70'05	28'94

Pel que veiem, el panorama no és gaire afalagador. Amb la incidència de la infecció existent (i les dades són sols sobre casos registrats), s'haurien d'arbitrar tot un seguit de programes preventius per aturar el creixement de la transmissió, des de la perspectiva que no hem de parlar tant de grups de risc com de CONDUCTES DE RISC i que aturar el progrés de la infecció ens pertany a tots, tant si treballem sobre població general com des de serveis especialitzats.

### B.- LA INFORMACIÓ

Treballant en un Equip de Prevenció, malgrat estigui ubicat a un servei específic de drogodependències, no podem oblidar els diferents nivells d'incidència sobre els diferents col·lectius, mantinguin o no conductes de risc. I la primera qüestió que sorgeix és la funció de la informació.

Tenir la suficient informació és bàsic, però no basta. Saber què signifiquen les sigles SIDA, VIH, les vies de transmissió i les mesures preventives, no significa que es modifiquin els hàbits, les creences, les actituds. A més, el nivell i to dels missatges ha d'adaptar-se al col·lectiu i/o grup diana, sigui per sectors de població (adolescents, joves, adults, vells), per la presència de determinades conductes de risc (UDVP, persones dedicades a la prostitució...), per col·lectius professionals (professionals d'atenció personal, de les forces de seguretat l'Estat, sociosanitaris...), ja que, si bé la informació base serà la mateixa, l'accent, la puntuació, serà particular per a cada col·lectiu.

«Sentir-se en risc», tal i com ens diu Bayés (3) pot propiciar la utilització de les mesures preventives universals. Tenir una «falsa sensació de seguretat» és una forma de mantenir conductes de risc. Això no significa augmentar l'alarmisme, sinó posar en funcionament el nivell d'alarma per poder reaccionar adequadament. La població atesa des d'un Servei Específic en Tractament de Drogodependències, ha mantingut o manté comportaments de risc envers la ingesta de substància, però pot o no haver mantingut o mantenir conductes de risc en relació a la infecció per VIH i hepatitis. Aquest és el repte al que els professionals han d'enfrontar-se: no sols treballar la deshabitació, sinó intentar evitar que, durant el procés, empitjori el seu estat de salut existeixi o no presència d'infecció.

Posar-se a la via del tren jugant amb la possibilitat que passi o no, i si passa, ens puguem retirar a temps, és tenir una conducta que implica risc. Si en diverses ocasions ho fem i el tren no passa o bé ens hem pogut retirar, adquirim una «falsa sensació de seguretat», una idea d'omnipotència que dóna suport al «a mi no me pot passar», «m'he exposat i no ha passat res», el que fa que la conducta es mantingui. Escoltem sovint que als adolescents els «agrada» jugar amb el risc, als UDVP

pareix que també, però també podríem dir que una gran majoria no tenen consciència plena de quin risc estan assolint o què s'està jugant a la partida.

Un grup de professors de mitjanes (20 persones d'entre 25-30 anys), amb informació a nivell general sobre la infecció per VIH, ens pot servir com a exemple. La majoria, el 70%, declaren que «no és impossible infectar-se per VIH». Però a continuació, el 60% considera que una persona «sexualment activa» s'ha de realitzar les proves serològiques cada 3-6 mesos i un 45% estan «segurs de no infectar-se perquè són monògams». Com es pot veure, no ens podem quedar amb la primera afirmació, ja que les següents ens parlen de tot un seguit de «valors» i «creences» compartides a nivell social que no tenen fonament objectiu real. De fet, la percepció canvia quan es treballa què significa «sexualment actius» (Persona que manté relacions sexuals periòdicament, sigui amb una o varies parelles, estables o no. Per tant, les proves serològiques periòdiques no faran que no es contagiï, en tot cas, determinaran si la infecció s'ha produït) i en què consistia la «monogàmia seriada» (una sola parella alhora, però no limita el poder tenir relació durant la vida amb moltes persones diferents)(Bayés, Bimbela). El mateix grup, tenia dubtes sobre la possibilitat d'infecció a través dels insectes, manejava el binomi «grup de risc-infecció» contraposat a «grup normalitzat-seguretat».

Aquest grup ens pot servir per exemplificar l'ús particular que es fa de la informació, seleccionant aquella més propera al que creiem i situant la que no interessa «fora de nosaltres».

Això és el que podem trobar a un grup que declara no practicar conductes de risc. Per tant, si ens situem als UDVP, on les conductes que envolten la ingesta són de risc (per prioritzar la necessitat de la dosi, la recerca del plaer immediat, el mite de «compartir» amb els companys consumidors...), ens trobarem amb unes conductes difícils de modificar. És cert que actualment molts dels UDVP lliguen l'ús compartit de la xeringa a la possibilitat d'infecció (modifiquin o no les seves conductes al respecte), però hi ha més dificultat a lligar-ho a les relacions sexuals, i en general, no practiquen de forma constant allò que ja saben.

Ens podem trobar la següent situació: dos UDVP en procés de rehabilitació i seropositius, que mantenen les mesures preventives adients. Un dia s'enamoren, la relació es va fent cada cop més ferma, continuant el seu procés de tractament amb bon pronòstic. A una sessió de revisió surt la informació que no utilitzen preservatius en les seves relacions sexuals. La seva argumentació és: «Som una parella estable i tots dos seropositius, així que no ens pot passar res». El treball que es considerava consolidat, pot ser abandonat quan canvia la situació emocional dels implicats. El seu discurs intenta ser «protector» de la relació (casar-se, tenir fills, comprar una casa, en definitiva temes de futur) però gens protector cara a la seva situació orgànica, gens objectiu (negació de la seva situació d'infecció). És com si trobar-se com a parella, els hagués fet negar la situació orgànica real dels dos i sols fossin seropositius per als altres (pels professionals dels serveis específics).

**Moscovici** (4) ens diu que són les creences, els valors, les actituds, les imatges, en definitiva la representació social que es té d'un tema el que impregna les conductes que els individus mantenen. **Ramón Bayés** (3) ens aporta que no sols hem de treballar la informació, sinó també les actituds, creences i habilitats personals, socials i instrumentals (coneixement i maneig dels instruments adients, com el preservatiu) i que en el cas dels seropositius, haurem d'atendre les diferents fases (negació-depressió-acceptació, entre d'altres) per les que els individus passen

---

un cop coneixen la notícia de la seva seropositivitat. **Cancrini (5)** ens parla (a una investigació de l'any 93) de la dificultat de mantenir conductes adequades, envers la infecció, i adquirides durant el procés de tractament del drogodepenent, segons la tipologia diagnòstica a la que pertany l'individu.

A l'abordatge d'aquestes situacions, haurem de tenir en compte tres eixos:

- 1) El discurs social que manté la comunitat.
- 2) El discurs i les conductes que mantenen el/els grup/s de referència.
- 3) Les característiques personals dels individus (Els UDVP, en relació a la seva tipologia diagnòstica)

Perquè el repte no és sols informar correctament i modificar les conductes de risc, sinó mantenir les conductes sense risc, l'ús habitual de les mesures preventives.

Pel que fa al col·lectiu que ens ocupa, **Cancrini (5)** aporta que la tipologia és rellevant a l'hora de definir la reacció dels UDVP davant la informació relativa al contagi per VIH. Realitzaren una investigació amb 100 casos i destacaren:

. Són els de tipologia B (Àrea de les neurosis) els que més modifiquen les seves conductes de risc de forma completa. Els de tipologia A (Àrea de les reaccions o del problema d'adaptació) fluctuen entre la modificació i la persistència. Els de tipologia C (Àrea de les situacions límits de les psicosis) i els de tipologia D (Àrea Sociopàtica) són els que menys modificacions rellevants presenten.

. Pràcticament dues terceres parts de la mostra no utilitza la informació rebuda.

. Pel que fa a les seves reaccions, no varen ser rellevants les variables: instrucció, ocupació, sexe i edat. Sí la gravetat del diagnòstic. Existint una correlació alta entre la manca de modificació comportamental i la continuïtat o agreujament de la toxicomania.

. Els de tipologia B poden utilitzar el senyal lligat al risc de la SIDA per iniciar un canvi radical en la seva relació amb la droga.

Els de tipologia C poden actuar de forma defensiva, utilitzant mecanismes de negació maníaca, desvalorització de l'altra i replegament depressiu.

Els de tipologia D poden accentuar una tendència a «l'acting», evitant tota forma d'elaboració constructiva de la informació.

Així, una prevenció eficaç passa per estratègies dins un procés terapèutic adaptat a cada cas.

### **C.- LES INTERVENCIÓNS PREVENTIVES**

Ens trobem amb una malaltia que resumeix els esdeveniments de les històricament anteriors epidèmies patides (lepra, còlera, tuberculosi, pesta) i de «la malaltia» del segle XX, el càncer (6). Perquè aglutina en el seu si un grapat de temes tabú: sexe, drogues, mort, com a més destacats. Això motiva posicionaments com:

. Malaltia càstig (diví): Jugant amb el binomi bo-dolent i l'assignació a una força sobrenatural no controlable de la direcció dels fets (des de creences religioses,



---

ufologia, etc.). Vendria a explicar-se en què Déu ens castiga per l'oblit dels seus mandats, pel relaxament dels costums. Visió que pot prendre una via apocalíptica (ens acostem a la fi dels temps) o que aborda el càstig directe dels «dolents» (a l'estil de les plagues d'Egipte)

. Els grups de risc: Se situa que els que pateixen la malaltia són persones de «mal viure» (els «dolents»), que mantenen conductes inacceptables pel gruix de la societat. Els que pertanyen als grups de risc serien els que actuen de forma promíscua, que s'han cercat la seva sort. Rebutjats pels tipus de comportament que manifesten i, per tant, s'intenta aïllar-los perquè «no contaminin» a la resta de la societat.

. Malalts de diferents categories: N'hi ha de «culpables» i «d'innocents». Els primers pertanyen als que de «forma conscient» s'ho han cercat (toxicòmans, persones que exerceixen la prostitució, persones «sexualment promíscues»...), els segons són aquells que, per «desgràcia i sense voler» han estat infectats (per transfusió d'hemoderivats, parelles d'infectats que desconeixien la situació...). Uns provoquen rebuig, ràbia, por...els altres pena, compassió, però també por al contacte.

. La «malaltia dels altres»: Es reacciona de forma defensiva, intentant cercar culpables (grups de risc, forces externes...) i protegint el nucli proper que és «sa» (a nosaltres mai no ens passarà) evitant el contacte amb els que «pareix que la pateixen» (sigui cert o no).

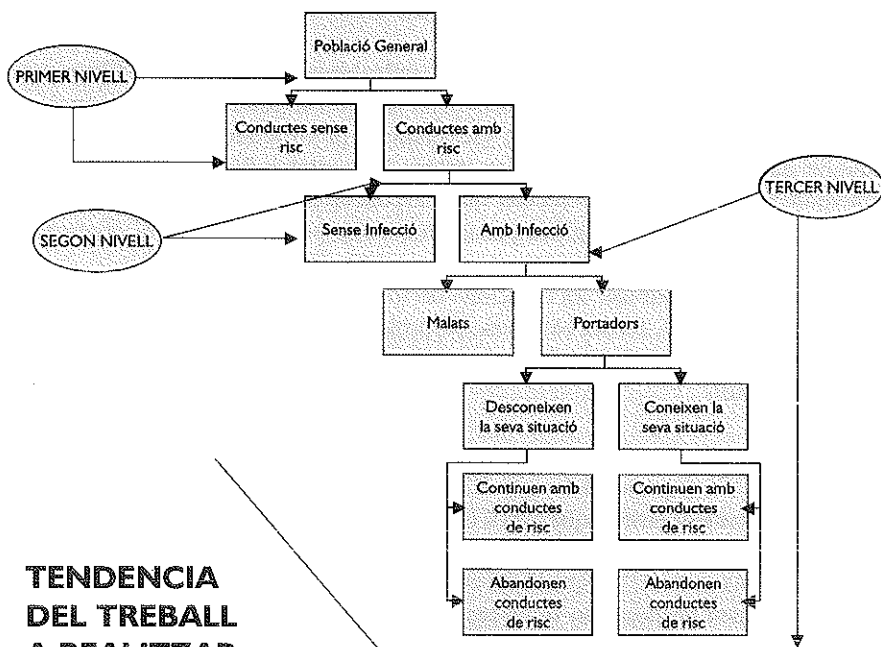
. Fracàs de la ciència, tècnica i dels seus professionals: Es veu com inacceptable que al segle XX (i portes del segle XXI) no es trobi una solució (medicaments, vacunes, tractament efectiu que curi). Es creu que és la comunitat científica la que ha de fer alguna cosa al respecte, per això es paguen els impostos. Si alguna persona emmalalteix, tenen l'obligació de curar-la.

S'obliden termes com la co-responsabilitat, la salut des de la perspectiva ample (bio-psico-social) i que la malaltia té a veure i depèn dels comportaments de cada un, que no hi ha solucions màgiques i que tot el que es vol aconseguir requereix d'esforç a nivell individual i social.

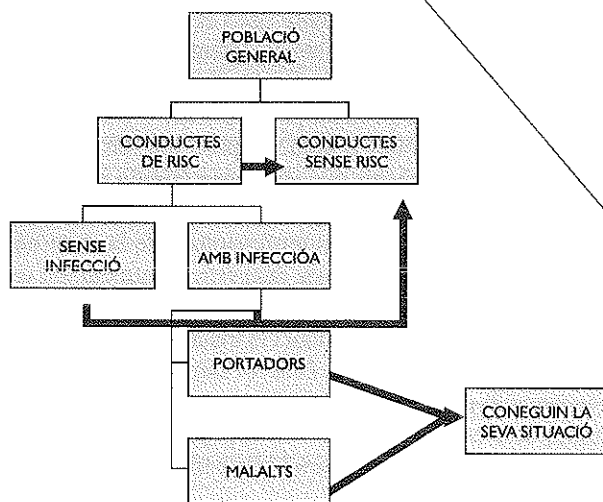
Per tant, perquè les conductes finals siguin sense risc i es mantinguin, caldrà treballar amb profunditat i continuadament aquests temes, intentant perdre «la por» i poder afrontar-ho coherentment. I no resulta tant senzill. Pensem, si no, en els posicionaments denominats caritatius que, per una part, aporten o recullen fons per a la investigació o a diferents programes d'atenció, però que no toleren la proximitat física dels afectats i dels equipaments que els atenen (siguin portadors o malalts), menys encara si són toxicòmans (hi ha malalts de primera, segona i tercera categoria). Pensem en declaracions que realitzen professionals de la salut en la línia de qui és malalt «per gust» no té dret a demanar intervenció immediata; o en determinades posicions administratives que, en relació al tabac, limiten l'accés a determinades afeccions provocades «pel vici individual i la mala gestió de la salut», perquè no ampliar-ho als «grups de risc-SIDA»? Pensem també en com moltes famílies intenten amagar la situació de seropositivitat d'un membre per tal de no sentir-se «evitats» en el millor dels casos, «refusats» en el pitjor.

Cal reconèixer la malaltia tal com és, sense alarmisme, però sense minimitzar-la.

La intervenció preventiva ha de contemplar diferents nivells, amb intervencions ajustades als sectors de població i col·lectius específics, des d'una perspectiva que podríem explicar gràficament de la següent forma:



**TENDENCIA DEL TREBALL A REALITZAR**



---

El PRIMER NIVELL és un treball preventiu primari, per tota a la població, però adaptat a col·lectius homogenis. Inclouria accions específiques i inespecífiques. Malgrat s'atengui a tota la població, hauríem de prioritzar la intervenció als sectors de població més joves (preadolescents, adolescents i joventut) i aquells col·lectius que poden exercir com a mediadors comunitaris. Inclou:

- . Informació clara i concreta
- . Treballar les creences, actituds i habilitats individuals/socials
- . Entrenar en l'ús dels instruments necessaris.

Necessita d'intervencions flexibles, permanents, i equipaments de primera línia (socio-sanitaris) disponibles, amb capacitat per adaptar-se als diferents col·lectius.

L'objectiu és aconseguir l'adopció i consolidació de les conductes sense risc, propiciant l'ús de les mesures preventives universals i de les específiques per col·lectius humans i professionals.

El SEGON NIVELL és un treball preventiu secundari, on cobren especial rellevància els col·lectius que mantenen conductes de risc (UDVP, persones que exerceixen la prostitució, col·lectiu de les presons...) i que requereixen des de programes en el seu medi habitual, fins a programes estructurats segons la problemàtica psicosocial que presenten.

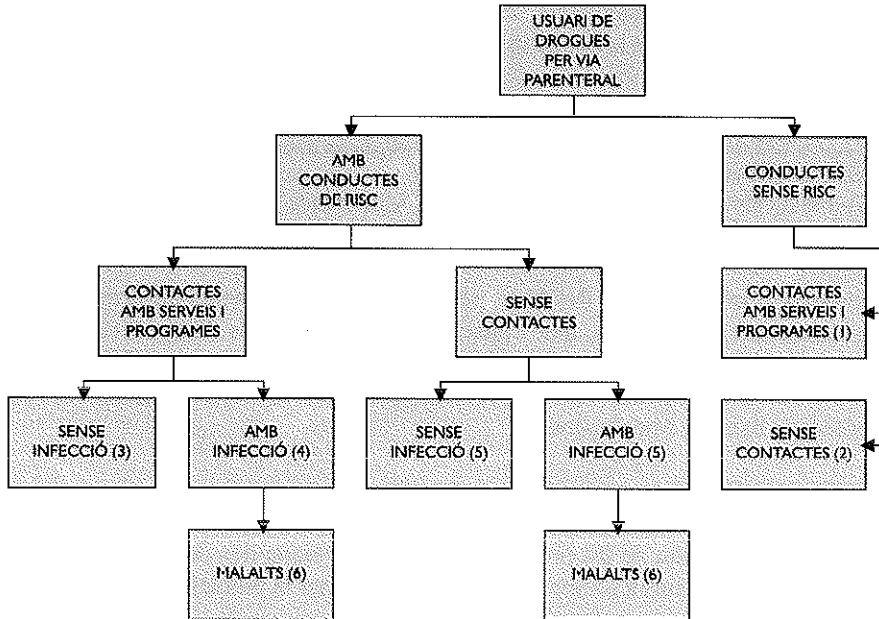
L'objectiu seria evitar les conductes de risc, modificar les ja existents i entrar en contacte amb els serveis i programes corresponents per garantir la detecció ràpida de la infecció, l'adquisició i consolidació de les conductes sense risc i un seguiment orgànic adient, treballant sobre els factors de risc associats.

El TERCER NIVELL és un treball preventiu terciari, on hi ha presència d'infecció i es necessiten dispositius socio-sanitaris i assistencials especialitzats. On s'ha de treballar intensivament l'abandonament de les conductes de risc, evitar la re-infecció i l'adopció d'hàbits saludables per assegurar el màxim temps possible un bon nivell de qualitat de vida.

A tots i cada un dels nivells no poden oblidar el treball sobre la representació social que es té de la malaltia, els portadors i els malalts, tant pel que fa a la població general com als propis afectats.

Per tant, quan ens situem a un col·lectiu específic com el de UDVP, tot i que puguin estar connectats amb un programa i/o servei, no oblidarem el context més ample, ni de forma també específica les persones més properes amb les que es relacionen (família, parella, amics, etc.)

Ens situarem en aquest col·lectiu a partir del nivell secundari, plantejant, gràficament, la intervenció específica amb ells de la següent forma:



- (1) Treballar per: Mantenir conductes sense risc (consolidar)  
 Treballar l'addicció i les seves causes (diferents programes)  
 Seguiment de la situació orgànica
- (2) Propiciar el contacte amb la xarxa sociosanitària des de programes dins el seu medi habitual (veure 5)
- (3) Modificar les conductes de risc existents mitjançant el treball adreçat a mantenir la situació de salut i lligat al tractament de la drogadoicció (segons tipologies).
- (4) Integrar la intervenció dins del treball de l'addicció, de forma intensa, en la línia del punt 3.  
 Intensiu seguiment orgànic (revisions, analítiques, medicació).  
 Suport individual (i familiar) en el moment de conèixer la notícia.  
 Utilitzar els grups d'autoajuda.
- (5) Treballar per a propiciar el contacte amb els serveis sociosanitaris.  
 Diferents nivells de «contacte» amb programes adaptats:
  - . Intercanvi de xeringues i distribució de preservatius des de:
    - Apotecaries
    - Serveis sociosanitaris
    - «Bus»
    - Monitors de medi obert...
  - . Programes de baixa exigència i disminució dels danys (idem anteriors, programa Metadona, ...)  
 Així es pot iniciar un treball continuat per promoure l'intercanvi de xeringues, les formes de desinfecció, cura, ús del preservatiu, canvi de via

de consum... I es poden realitzar seguiments orgànics i proves de seropositivitat, així com treballar, segons el cas, la motivació per iniciar un tractament i poder derivar al servei més adient (Treball terapèutic, grups d'autoajuda...)

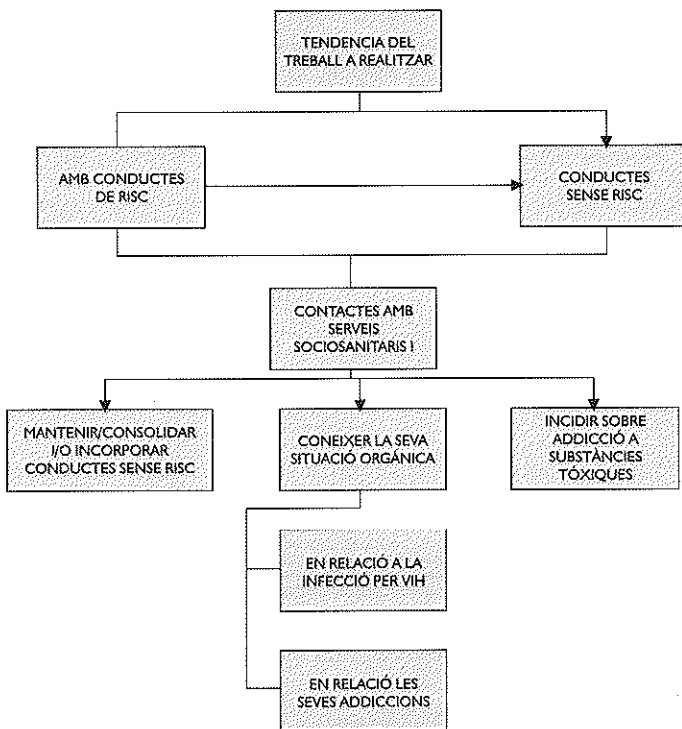
(6) Propiciar un bon contacte amb les estructures sanitàries per al seguiment de les patologies que es presentin, el control de la medicació, els ingressos hospitalaris..., mantenint conductes sense risc i un gran suport terapèutic individual i familiar.

Estructures assistencials intermitges per a persones soles.

És un treball que requereix:

- . Formació exhaustiva i continuada dels diferents professionals que intervenen.
- . Interprofessionalitat.
- . Flexibilitat i adequació dels programes als usuaris.
- . Continuitat dels programes en el temps.
- . Investigació continuada per avaluar la incidència de les intervencions.
- . Inversió pressupostària.
- . Voluntat política i tècnica.

### TENDENCIA DEL TREBALL A REALITZAR



---

Bibliografía:

- (1) «*SIDA: datos para una celebración*». Diversos autores. 7 DM/nº 272, I-XII-1.995
- (2) «*Cambios en la historia natural del SIDA en pacientes de Mallorca e Ibiza: 1986-92*». Riera, M.; Altés, J.; Villalonga, C.; i altres. *Medicina clínica*, vol 104, nº 20, 1.995.
- (3) «*SIDA y Psicología*». Bayés, R. Martínez Roca, Barcelona, 1.995
- (4) «*Psicología Social*» (vol. i y II). Moscovici. Paidós, ed.
- (5) «*Tossicodipendenza. Psicopatologia delle tossicodipendenze: Una revisione*». Cancrini, L. (Article multicopiat)
- (6) «*SIDA, imagen y prevención*». Paez, D.; San Juan, C.; Romo, I.; Vergara, A. Ed. Fundamentos, 1.992



*Tanca aquest número 38 d'Alimara el bloc Documents Tècnics, apartat que s'introduí a partir del número 34 i primer de la segona època de la revista.*

*El document que avui us presentam és el «Pla de Formació (1996-99) de la Comissió de Benestar Social del Consell Insular de Mallorca, redactat per la Unitat de Formació d'aquest Servei d'Acció Social i Sanitat.*

*Com molt bé indica el seu nom, es tracta de la planificació indicativa de les tasques formatives que pensa engegar la Comissió de Benestar Social del CIM en l'anunciat període quadriennal.*

*El document, que com es pot veure és una eina de planificació, parteix d'un posicionament ideològic sobre la formació com a valor clau dins la xarxa de Serveis Socials i l'administració pública, planteja uns determinats objectius a aconseguir, defineix els destinataris de les actuacions formatives i les necessitats detectades i, per últim, clarifica l'oferta amb l'exposició de prioritats.*

*Per últim, cal dir que aquest Pla no es pot desvincular del Pla Estratègic 1996-99 de la mateixa Comissió de Benestar Social, al qual s'intenta adequar.*



---

# PLA DE FORMACIÓ (1996-99) DE LA COMISSIÓ DE BENESTAR SOCIAL DEL CONSELL INSULAR DE MALLORCA

Unitat de Formació

## I. INTRODUCCIÓ

El Pla de Formació de la Comissió de Benestar Social s'inscriu en el marc del Pla Estratègic 1996-99 de la mateixa Comissió. Els plantejaments i línies de treball desenvolupades s'han d'entendre en aquest context de planificació.

Des de la perspectiva dels serveis socials, la darrera dècada s'ha significat per la implantació, gairebé exhaustiva, dels serveis d'atenció primària als municipis de la nostra comunitat. Aquest procés ha anat paral·lel al desenvolupament del Servei d'Acció Social del Consell Insular de Mallorca, que ha assumit la funció de donar suport als professionals d'aquests serveis de nova creació.

La normal evolució, generada per la consolidació dels serveis ha evidenciat aquests darrers anys la necessitat de canvis en el tipus de suport. L'experiència assolida pels professionals d'atenció primària, una vegada superada l'etapa inicial, ha modificat la caracterització de les seves necessitats, evolucionant cap a una major complexitat i adquirint un caire més especialitzat. Al mateix temps, el volum de demandes s'ha vist incrementat d'any en any impedint, en la mesura que no s'ha donat una correspondència en l'augment del nombre de treballadors, el desenvolupament de programes específics a la majoria dels municipis.

Aquestes raons han aconsellat la reconversió dels recursos del SAS, cercant una major especialització que permetés respondre a les necessitats de manera més adient. Així sorgeixen nous equips sectorials que, afegits als ja existents, completen una xarxa territorialitzada que en l'actualitat abasta les àrees de Promoció de la Salut, Infància i Família, Vellesa i Família, Atenció a les Drogodependències i Inserció Social, des d'on es treballen els programes específics oferint també l'assessorament de caire especialitzat als professionals d'atenció primària.

És clar que tot aquest seguit de canvis ha d'anar acompanyat d'altre tipus de suport, com és el que aporta la formació.

En aquesta línia s'han plantejat els programes de formació desenvolupats fins ara, adreçats als treballadors familiars que s'inicien l'any 1990, l'aprenentatge del maneig dels programes informàtics específics de serveis socials (llibre de registre, història social) o l'oferta més diversificada adreçada als treballadors socials, que ha comptat a més amb la complementació del Pla de Formació del Ministeri d'Afers Socials.

Ara bé, la conjuntura actual presenta nous reptes que, pel que fa a l'àrea de formació, evidencien la necessitat d'una formació contínua dels treballadors per tal de facilitar l'adaptació a l'evolució de l'entorn professional.

## II. LA FORMACIÓ COM A VALOR CLAU

### *Formació Contínua*

Seguint el criteri assenyalat a l'Acord de Formació Contínua en les Administracions Públiques (AFCAP) (1) «s'entendrà per **formació contínua** el conjunt d'activitats formatives dirigides a la millora de les competències i qualificacions dels treballadors, que permetin comptabilitzar la major eficàcia i qualitat dels serveis que ofereixen amb la formació individual, la motivació del treballador públic i la seva promoció professional».

La formació contínua s'inscriu en la tendència actual de l'aprenentatge permanent, que tot professional ha de desenvolupar durant la seva vida laboral.

A les administracions públiques, la responsabilitat d'oferir uns serveis moderns, que puguin respondre amb agilitat davant les necessitats presents i futures dels ciutadans (exigència derivada del seu caràcter públic), esdevé inabastable si la política de recursos humans no contempla l'aportació de la formació contínua dels treballadors.

Davant aquesta qüestió, la posició dels treballadors, al marge d'interessos particulars, està condicionada per la situació del mercat laboral: Interessen professionals amb perfils adaptables, multifuncionals o polivalents, que puguin desenvolupar amb èxit diferents funcions i tasques. Així, els treballadors que volen assegurar o conservar el seu lloc de feina o aconseguir promocionar-se, continuen el procés de formació durant tota la seva vida laboral.

### *La formació com a suport en la consecució de les línies estratègiques de l'organització.*

Cada cop més es considera la formació com a valor afegit a l'organització que possibilita aprenentatges, alhora que impulsa i dona suport als canvis.

L'avenç, evolució i creixement d'una organització estan condicionats pel factor humà, que condiona l'apropament als nous escenaris de futur. En aquest context, la formació és un factor estratègic irremplaçable a la gestió organitzacional entesa com a eina que permet millorar els coneixements i habilitats dels treballadors.

En aquest moment, en què la Comissió de Benestar Social està elaborant el Pla Estratègic 1996-99, que serà l'instrument que ha de regular les accions dels serveis de la Comissió i guiar la intervenció per donar resposta a les necessitats socials en el territori, la formació cobra un paper fonamental com a suport dels canvis organitzatius i en la consecució dels objectius dissenyats.

En conclusió, la formació s'ha convertit en el punt de convergència dels interessos d'ambdós, treballador i organització (Cabreria, F. i altres 1993). Així, els plans de formació han de contemplar simultàniament les necessitats de l'organització i les necessitats dels col·lectius i persones que la integren (sobretot pel que fa a l'evolució dels llocs de feina, la promoció...), articulant la formació inicial de base i l'especialització professional, cercant l'equilibri entre la formació personal i la formació per a les tasques o rols que s'han d'assumir, combinant de la manera més adient la formació teòrica i pràctica (Ferry, G. 1991) i, en definitiva, tenint present que la finalitat de la formació a llarg termini no és altra que la finalitat de la institució.

---

### III. OBJECTIUS DEL PLA DE FORMACIÓ

Aquest Pla de Formació pretén donar resposta a les necessitats formatives amb objectius de caràcter intern, envers la pròpia Comissió de Benestar Social, i de caràcter extern, envers els serveis socials municipals i entitats col·laboradores en distints programes.

1. Introduir a través de les accions formatives instruments de major qualificació professional que contribueixin a aconseguir els objectius del Pla Estratègic 96-99 de la Comissió de Benestar Social.
2. Generar accions formatives que puguin facilitar els canvis organitzacionals i assistencials que s'hagin planificat bé en el Pla Estratègic bé en Plans Específics, i que afectin a centres i equips.
3. En el marc del suport tècnic als ajuntaments, dissenyar un Pla de Formació Contínua dirigit a les Unitats de Treball Social Municipals, que contempli accions per a tots els professionals. (Treballadors Socials, Treballadors Familiars, Educadors), d'acord amb les noves necessitats que vagin sorgint.
4. Procurar, per al conjunt del SAS una major homogeneïtzació i formalització de les accions formatives tant en la seva qualitat tècnica, com en el seu aprofitament per part de tots els serveis que formen part de la Comissió de Benestar Social, la seva planificació i avaluació.

#### **Objectius a curt termini:**

- Atendre de forma prioritària les necessitats formatives dels equips de nova creació: Equip d'Inserció social; Equip de Vellesa i Família; Programa Immigrants.
- Formació dels auxiliars administratius en els programes informàtics d'ús més freqüent, especialment els específics de serveis socials: salari social, OPI, etc.
- Formació dels professionals d'atenció primària en l'àmbit d'inserció sociolaboral, prioritat que ve donada per la implantació del Salari Social a la nostra comunitat l'any 1995.
- Reiniciar la formació dirigida a treballadores familiars dels serveis socials municipals.
- Manternir permanentment informada l'organització sobre l'oferta formativa que es produeixi a l'àmbit dels serveis socials.

#### **Objectius a mig termini:**

- Comptar amb una anàlisi acurada de les necessitats formatives dels distints serveis i equips propis del SAS.
- Comptar amb una anàlisi acurada de les necessitats formatives dels serveis socials dels municipis.
- Impulsar la formació de formadors per tal que puguin impartir formació dins i fora de l'organització, tot ampliant l'oferta formativa i l'especialització dels professionals.

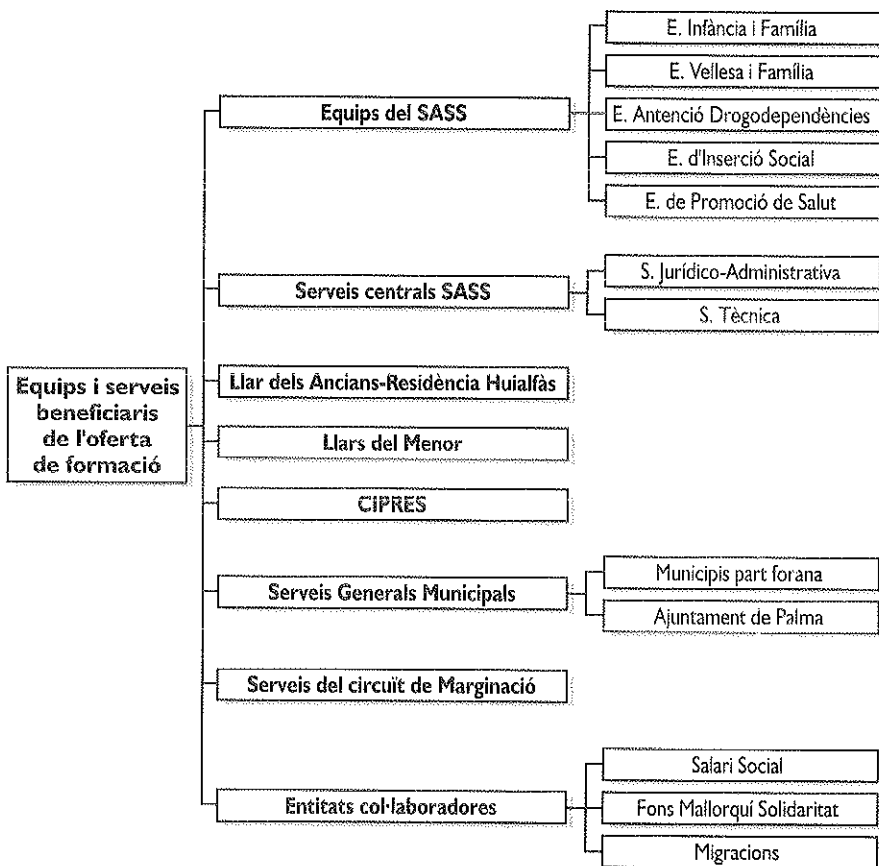
- Elaborar materials per a la formació, ja sigui a partir dels cursos propis com d'iniciatives noves sobre temes diversos.
- Desenvolupar noves possibilitats organitzatives i metodològiques de la formació. (Seminaris, recerca-acció, ús de noves tecnologies,...)

### Objectius a llarg termini:

- Disposar d'un sistema d'avaluació de la formació que permeti mesurar l'impacte en el lloc de treball de les persones beneficiàries de formació.
- Unificar un sistema tecnològic de programació i avaluació de la formació per a tots els equips i centres.
- Planificar la formació interna/externa d'acord amb anàlisis acurades de necessitats formatives, i comptant amb els recursos propis i externs suficients.

## IV. ELS DESTINATARIS DE LES ACCIONS FORMATIVES

Per tal d'aconseguir una major clarificació quant a les necessitats formatives que ha d'atendre la Unitat de Formació, definirem el seu àmbit d'actuació enumerant els equips o serveis que en són beneficiaris potencials.



Aquesta relació contempla els serveis o equips que, bé per dependència directa del SAS o per acords de col·laboració aprovats per conveni, poden ser destinataris d'accions formatives programades per la unitat, això sí, amb diferents graus d'implicació, responsabilitat i cobertura.

### **1) Serveis i equips del SAS**

La unitat assumeix la responsabilitat global de formació dels treballadors integrats als serveis o equips compresos dins aquest bloc, contemplant tant la formació de caire col·lectiu com la individual.

### **2) Centres assistencials del CIM**

La relació de la unitat de formació amb els centres assistencials del CIM: CIPRES, Llars del Menor, Llar dels Ancians i Residència Huialfàs, no té caràcter d'homogeneïtat. L'anterior dependència orgànica de Presidència del CIM, a més de la història pròpia de cada centre, han fet que el seu funcionament fos autònom.

Pel que fa a formació, s'ha donat també un inici de relació que s'ha concretat en dues línies principalment:

- Informació sobre formació. La difusió de l'oferta que fa el SAS i en general el CIM, que pot ser d'interès per als treballadors dels centres, està totalment incorporada a la tasca de la unitat.
- L'oferta de places a les activitats que gestiona la unitat de formació sempre que estigui relacionada amb l'activitat de professionals dels centres.

### **3) Serveis d'Atenció Primària Municipal**

És important diferenciar els municipis de Part Forana de l'Ajuntament de Palma. Encara que els dos col·lectius són potencials destinataris de l'oferta formativa del SAS, els treballadors dels centres de serveis socials de Palma disposen d'una major cobertura, donat que el Departament de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma compta amb un equip tècnic amb responsabilitats de formació.

Als municipis de Part Forana la situació és ben diferent ja que, en el millor dels casos, l'ajuntament facilita l'accés a la formació amb caràcter individual, mitjançant el pagament de les despeses que generi (matrícula, desplaçament...) o facilitant els dies de permís retribuït.

En ambdós casos l'obligació del SAS ha estat fins ara clarament expressada mitjançant un conveni de col·laboració.(2)

### **4) Serveis del circuit d'atenció als marginats**

El circuit d'atenció als marginats, creat l'any 1993, compta amb el finançament compartit de les administracions signants del conveni específic de la seva gestió. Aquest marc permet establir una col·laboració en l'àmbit de formació, sobretot tenint present que l'objectiu amb què es crea el circuit és el de mantenir actuacions coordinades que millorin l'atenció als marginats.

---

## 5) Entitats col.laboradores del STC/Salari Social

És desitjable que la formació en inserció social, dirigida a l'equip d'inserció social i els professionals dels serveis d'atenció primària municipal, compti amb la participació dels professionals de les entitats que col.laboren en la implantació del salari social per tal d'unificar criteris, incrementar la coordinació i en conjunt millorar la qualitat de la prestació.

## 6) Altres

Incloem en aquest bloc altres situacions diferenciades de les anteriors, però on el SAS té qualche tipus de participació, com és el cas del Fons Mallorquí de Solidaritat i Cooperació al Desenvolupament, constituït juntament amb el CIM per 14 ajuntaments de Mallorca i Justícia i Pau.

Atès el creixement de sector privat no lucratiu que col.labora amb els serveis socials sembla pertinent contemplar aquestes entitats per tal de procurar possibilitats formatives que procurin un creixement i enfortiment de la xarxa associativa i la participació del voluntariat organitzat.

## V. LES NECESSITATS FORMATIVES

### 5.1. Fonts actuals per al coneixement de les necessitats de formació

Constitueixen les fonts els instruments que fins hores d'ara s'han establert per recollir la informació sobre les necessitats formatives.

#### a) Qüestionaris d'avaluació dels cursos.

Les activitats organitzades per la unitat són avaluades mitjançant un qüestionari que inclou un apartat de suggeriments sobre temes a desenvolupar a través d'activitats formatives.

#### b) Demandes específiques d'un professional o col·lectiu.

#### c) Recull d'opinions dels responsables dels equips o serveis del SAS.

Més enllà d'aquest recull, és necessari recordar que mai no s'ha dut a terme un estudi de necessitats exhaustiu, que compregui tots els professionals possibles destinataris de les accions formatives.

- Una font no explotada és la de demandes d'assessorament dels municipis. Segurament, tant en el tipus de demanda com en les intervencions que es produeixen per part dels equips del SAS, podríem detectar necessitats formatives, tant dels professionals dels municipis com dels tècnics encarregats de l'assessorament.

## 5.2. Factors condicionants de l'entorn

Al llarg d'aquest text s'han esmentat raons que aconsellen el recurs de la formació. En aquest apartat, voldríem aplegar les qüestions que estan incidint en aquest sentit, tant pel que fa a les necessitats com a les demandes, a les organitzacions de serveis socials destinatàries potencials de l'oferta formativa del SAS.

### a) Canvis a l'entorn professional.

- La maduració professional dels treballadors dels serveis socials d'atenció primària municipal. Són professionals amb experiència, que han vist evolucionar el servei i l'entorn, que coneixen les seves necessitats i els problemes que no poden abordar. En conseqüència, el suport que precisen actualment és molt més especialitzat, com es pot constatar pel tipus de demandes que formulen, que han vist incrementada la seva complexitat de manera espectacular.

- La informatització dels serveis socials d'atenció primària municipal, particularment els corresponents als municipis de Part Forana, i la implantació de programes específics de serveis socials: llibre de registre, història social, salari social, OPI... En aquest sentit, les demandes de suport informàtic han adquirit un caràcter molt especialitzat, referint-se principalment a aclariments sobre l'ús dels programes específics esmentats i creació de bases de dades.

### b) Assumpció de noves competències o serveis al SAS.

- Assumides per delegació de la Comunitat Autònoma, com és el cas del tractament dels drogodependents, la gestió dels expedients de famílies nombroses (incrementat amb la nova reglamentació que inclou les famílies de tres fills) o la residència Huialfàs per a persones majors.

- Assumides per acords amb altres administracions o entitats, com per exemple els serveis del Circuit d'Atenció als Marginats.

- Assumides per la incorporació de prestacions de nova creació, com és el cas del Salari Social.

### c) Canvis organitzacionals.

L'any 1994 es modifica l'estructura organitzativa del SAS, amb l'objectiu d'adaptar els recursos disponibles a les necessitats presents. El canvi ha suposat variacions en les responsabilitats dels professionals del SAS. Així, encara que es mantenen els centres comarcals d'acció social, es converteixen en espais de convergència dels nous equips sectorials territorialitzats, Vellesa i Família, Infància i Família i Atenció als Drogodependents, s'afegeixen al ja existent de Promoció de la Salut. Finalment, a les darreries de l'any 1995, la creació del salari social/STC genera un darrer canvi en el fins aleshores denominat Equip de Suport Municipal, que assumeix aquesta responsabilitat com a equip d'Inserció Social.

---

d) Inestabilitat laboral.

La condició d'interins del 90% de la plantilla del SAS juntament amb la previsió de cobertura de les places entre l'any 1995 i 1996, repercuteix en la formació. L'increment de demandes d'assistència a cursos, vinculat a l'interès natural d'engrossir el curriculum per tal d'assegurar el lloc de feina o de promocionar-se, adquireix gran rellevància en aquesta conjuntura.

És cert que aquesta perspectiva d'augment de la demanda s'ha de complementar amb la dotació econòmica suficient, l'anàlisi de prioritats i especialment els interessos de l'organització.

e) Insuficiència pressupostària.

Encara que hi ha arguments de pes per potenciar la inversió en formació, ja que les necessitats són múltiples i que està establert el consens sobre la importància i rendibilitat de la formació com a eina de la gestió, el reflex en les partides pressupostàries és molt feble.

És clar que la planificació de les activitats formatives ha de comptar necessàriament amb recursos financers. Si revisam els indicadors al respecte ens trobem que a Espanya es dedica un 0,2% del total del cost laboral a formació, recomanant-se destinar l'1,5%, que és la mitjana europea.(3)

En el cas del SAS es fa difícil determinar amb precisió la despesa destinada a formació atès que les fonts són diverses. D'altra banda, el col·lectiu beneficiari d'aquestes activitats formatives és ample i heterogeni (Serveis municipals, centres i, fins i tot, entitats col·laboradores en el cas del Salari Social).

El conjunt d'aquestes situacions assenyalen punts febles o susceptibles de ser objecte d'atenció pel departament de formació. Es tracta de situacions que poden precisar diferents suports, però on clarament no es pot obviar el paper de la formació.

## **VI. PRIORITATS FORMATIVES**

### **6.1. Criteris de prioritització**

És evident que la prioritització de les accions formatives vendrà donada per un seguit de factors de distint ordre, però que caldrà contemplar a l'hora d'optar per una o altre tipus d'acció. Els elements que condicionen de forma directa la formació són:

- La disponibilitat pressupostària amb la que es compti. El pressupost pot descartar fins i tot temes considerats com a prioritaris.
- La formació que pugui incidir en l'increment de l'eficàcia organitzacional del SAS. Quan més directament lligades estiguin ambdues qüestions, majors esforços per a la realització d'activitats.
- Totes aquelles accions que ajudin a consolidar l'oferta del SAS quant a programes, recursos, centres. Igual que en el cas anterior, s'ha de produir un suport a les accions que afavoreixin aquest objectiu



- 
- Equips de nova creació o personal en noves funcions. Sembla obvi que l'inici de nous programes i projectes amb persones que s'han de requalificar per a nous llocs de treball i funcions siguin objecte d'atenció prioritària.
  - Accions que beneficiïn pel seu contingut general o transversal a un nombre ample d'equips o seccions. (Treball en equip; Tècniques de programació, difusió, implementació i avaluació de programes; Treball amb grups ...)
  - Com a criteri general, i en contraposició a l'enfocament tradicional de consum de cursos sense més implicació que l'acumulació de currículum, s'han de potenciar les accions que comportin recerca per part dels equips, reflexions sobre la feina quotidiana.

Tema a part constitueix l'oferta destinada als serveis socials municipals i a altres entitats col·laboradores. Pel que fa als serveis municipals, farem referència en un apartat específic. Quant a les organitzacions externes s'haurà de valorar el nombre potencial de destinataris i si són iniciatives que col·laboren en la posada en marxa de programes nous.

## 6.2. Les prioritats

Els aspectes esmentats a l'anterior apartat, juntament amb les altres fonts d'informació disposades, permeten assenyalar unes **prioritats quant a la programació d'activitats formatives**.

### 1) Equips de recent creació.

En aquest cas es troben els equips de **Vellesa i Família** i d'**Inserció Social**. En ambdós casos es tracta d'equips formats per professionals que ja treballaven al SAS, però amb diferents responsabilitats i objectes de treball.

L'equip de **Vellesa i Família** es va crear l'any 1994, amb professionals provinents de l'equip del Centre Comarcal d'Acció Social, treballadors socials i psicòlegs, a més dels dos professionals que estaven fent feina a programes destinats a les persones majors: «Vivenda Tutelada», «Recuperació d'Oficis i Costums Populars» i «Gent Gran en Marxa».

Al llarg de l'any 94 els membres de l'equip varen rebre formació específica sobre el sector, paral·lelament a la seva incorporació. Aquest primer nivell de formació no ha tingut continuïtat com a equip, encara que s'han afavorit i subvencionat les demandes d'assistència a activitats formatives sol·licitades pels seus membres, depenent de l'interès de cada un dels seus components.

Els aspectes destacats de la formació a atendre serien, d'acord amb les seves propostes: intervenció psicosocial i psicoterapèutica en vellesa; metodologia dels programes d'intervenció psicosocial; formació per a professionals que treballen en el camp de l'activitat física dels majors.

L'equip d'**Inserció Social** es troba en una situació semblant, els seus components tenien, abans de l'any 1994, la responsabilitat de coordinació dels equips dels centres comarcals d'Acció Social. La reforma d'aquell any els converteix en equip de Suport Municipal assumint les funcions de donar suport i assessorament de caire general als treballadors socials de l'atenció primària. La introducció del salari so-

cial el darrer trimestre del 1995 obliga a l'organització a comptar amb un equip especialitzat més que dugués endavant aquest programa.

Així, es tracta d'un equip que ha canviat de continguts. Les actuals responsabilitats exigeixen una major especialització, sobretot pel que fa a Inserció laboral de gran importància per l'èxit del salari social.

En segon lloc estarien l'equip **d'Atenció a les Drogodependències** i l'equip **d'Infància i Família** que estan pendents de noves dotacions de plantilla per dur endavant tasques de prevenció. Per aquesta raó, la seva formació, excepte en el cas dels compromisos adquirits amb anterioritat, pot passar a un segon nivell de prioritats.

S'ha de considerar també que l'**Equip de Promoció de la Salut** està dissenyant nous programes, especialment en temes de prevenció secundària per a població en risc, que requeriran formació.

## 2) Equips o unitats de suport o assessorament als professionals d'atenció primària.

La valoració de les demandes rebudes situen entre les prioritats formatives el reforç dels professionals del SAS que desenvolupen funcions d'assessorament als serveis socials d'atenció primària. En aquest cas es troben els equips sectorials, que es varen constituir per adequar els recursos a les necessitats assistencials i de suport dels professionals, i les unitats de la secció tècnica.

Així, els equips de nova creació, que hem esmentat a l'anterior apartat, estan doblement contemplats en la prioritització, però també s'inclouen la resta d'equips que, d'acord amb el nombre i tipus de demandes rebudes i ateses durant l'any 1995, seran objecte d'atenció des del punt de vista de formació.

## 3) Càrrecs directius.

Ens referim principalment als professionals que han assumit responsabilitats de direcció, derivades dels canvis a l'estructura funcional del SAS, o als serveis socials d'atenció primària municipal. La funció de direcció i gestió de seccions, equips o serveis ha d'esser reforçada amb el suport de la formació.

En aquest sentit, les accions formatives dirigides a direcció estratègica; treball en equip i dinàmiques interdisciplinàries, desenvolupament personal; anàlisi de contextos organitzatius i de l'entorn; utilització de la informació per a la planificació i gestió; direcció i assessorament en equips, gestió administrativa, etc. hauran de ser presents per a una millor qualitat dels serveis.

## 4) Formació en programes de nova aplicació.

El Salari Social/STC posat en marxa l'any 95 precisa un reforç important sobretot pel que fa a programes **d'inserció laboral** que fins hores d'ara no s'havien desenvolupat a Mallorca.

Aquesta formació ha d'anar adreçada a tots els professionals implicats en el programa, que serien l'equip d'Inserció Social, els treballadors socials dels Serveis

---

Socials d'Atenció Primària i els professionals de les entitats col.laboradores del programa.

El programa d'atenció a les persones immigrants ja ha produït distintes accions formatives tant destinades a mediadors socials com als propis immigrants. Es tracta ara de consolidar aquestes accions tot procurant la producció de materials didàctics i la generació de metodologies formatives específiques.

Igualment, en el tema immigrants, s'han d'iniciar activitats formatives dirigides als serveis socials municipals.

La Unitat de Formació donarà suport a aquestes accions, alhora que recollirà i difondrà les experiències formatives a tots els municipis de l'illa.

#### 5) Noves tecnologies.

La general utilització dels equips informàtics al SAS i als serveis socials d'atenció primària municipal, juntament amb el disseny i aplicació de programes específics de serveis socials: llibre de registre, història social, salari social, OPI..., fan necessari el reforç permanent dels professionals.

Els programes estàndard de PC compten amb el suport, tant en l'ensenyament del seu maneig com d'assessorament puntual, del departament d'informàtica del CIM. No ocorre el mateix amb els programes del Macintosh, encara que a l'àmbit dels serveis socials una proporció important dels municipis i del SAS estan en aquest tipus d'entorn.

La comprensió del sentit dels programes específics, de la seva utilitat, és clarament una funció que ha d'assumir el SAS, però això suposa un primer contacte o en tot cas una sessió anual que permeti la incorporació dels nous professionals. Els dubtes referits exclusivament al coneixement del programa haurien de ser resolts pel departament d'informàtica.

#### 6) Formació individual dels professionals del SAS.

La formació individual com a eina que permet la millora de la tasca i la promoció professional es contempla entre les prioritzacions de la unitat.

Ara bé, en aquest tema es fa imprescindible ajustar i comptabilitzar les necessitats i interessos individuals i les organitzacionals relacionades amb les línies estratègiques del SAS. Més concretament, les demandes individuals han de complementar la planificació, la feina dels equips i dels centres.

Un aspecte fonamental en l'assistència a cursos és que els treballadors estiguin informats permanentment de l'oferta formativa externa. Amb aquest objectiu, la Unitat de Formació en farà difusió permanent.

A mitjà termini es procurarà millorar els criteris i condicions d'accés a la formació a partir d'una avaluació d'un període de temps que permeti afinar el tema. Es procurarà la implicació de tots els equips i centres en aquesta tasca.

Un darrer tema que consideram important és analitzar com la formació d'un membre del Servei per assistència a un curs pot tenir efecte multiplicador en els altres professionals. Es tractarà de trobar fórmules que permetin la difusió de temes, materials, etc., de diverses i flexibles maneres.

## 7. L'oferta formativa destinada als Serveis Socials Municipals.

L'oferta formativa destinada als serveis socials municipals s'ha vehiculat fins ara des del Pla de Prestacions Bàsiques (Sistema Informatiu, Treballadores Familiars, Cursos del MAS).

Sembla pertinent mantenir per als propers anys les accions de formació i engegar des del SAS un Pla de Formació per als municipis, en el marc de la col·laboració tècnica amb els ajuntaments.

El disseny d'aquest Pla haurà de:

- Partir d'una anàlisi de necessitats formatives que plantegi accions d'acord amb problemàtiques socials diferenciades segons els municipis.
- Recollir els reptes dels nous programes a implementar (salari social, per exemple).
- Preparar activitats de formació organitzades amb diversitat d'opcions (seminaris, grups de treball, etc.).
- Contemplar la participació de professionals del SAS com a professors, orientadors de grups, coordinadors de seminaris, etc.
- Dirigir-se a tots els professionals (treballadors socials, treballadors familiars, educadors, administratius.)

## 8.) La Formació de Formadors

Si es vol una oferta formativa àmplia que abasti tant el propi servei com els serveis municipals, centres, entitats col·laboradores, etc., és fàcil imaginar la importància de comptar amb recursos humans suficients per tal d'impartir aquesta formació.

La disponibilitat de persones que, a més dels coneixements tècnics sobre les matèries pròpies del seu treball, puguin adquirir major competència en la formació d'altres, tindrà efectes multiplicadors i pot ajudar a cobrir les necessitats formatives del conjunt.

Però es donaran altres conseqüències:

- Abaratiment considerable de la formació quan es disposa de recursos tan escassos, el que comporta també generar major oferta formativa.
- Afavoreix la posterior tasca d'assistència i assessorament, i la pròpia relació CIM-Ajuntaments.
- La formació pot tenir efecte motivant per als tècnics que la donen.
- En la mesura que es coneixen les peculiaritats de les administracions municipals, els cursos s'adaptaran millor a la realitat.

Hem de constatar també que quan realitzam tasques d'assessorament a d'altres professionals estam fent, moltes vegades, activitats formatives. Malgrat aquesta activitat no tingui els elements típics de la formació acadèmica, es pot considerar

des de l'òptica de l'ensenyament individualitzat en el mateix lloc de treball. Aquest darrer aspecte es força significatiu en el àmbit de la formació contínua.

Un altre tema clau en els nous enfocaments de la formació professional és el de pràctiques a les empreses per part d'estudiants. La figura del tutor de pràctiques, com a professional que guia i avalua la formació dels practicants, és clau per a un bon aprofitament d'aquest tipus de modalitat formativa. La capacitació per dur a terme la funció tutorial s'ha d'inscriure en el context de la formació de formadors.

A la relació de temes ja descrita incorporam, a més, una sèrie de **prioritats** de la unitat per a la **millora dels sistemes i dispositius de la formació**:

1) Anàlisi acurada de necessitats formatives (ANF) de distints col·lectius i professionals.

L'anàlisi de necessitats ha de tenir dos grans grups diana: Els propis professionals del SAS (seccions, equips i centres); els professionals de Serveis Socials dels municipis.

#### L'anàlisi a Serveis Socials Municipals

Ens trobam amb una complexa xarxa de col·lectius a atendre, de nivells formatius, funcions i contextos diversos. Així, per exemple, municipis de distinta estructura i dinàmica de població i problemàtica social que, a més, tenen organització dels departaments també diversos.

La preparació bàsica dels distints professionals no sols és distinta per àrees de coneixements i especialitats, sinó també per nivells (Equips en els que hi ha diplomats universitaris i persones sense formació bàsica treballant junts).

#### L'anàlisi en els centres, equips dels SAS.

La sectorització de Centres i programes del SAS fan complexa, per la diversitat, la possible oferta formativa si es vol atendre les necessitats de cada col·lectiu professional.

Entenem que s'ha de realitzar un estudi per a cada un dels centres a més del corresponent al Servei.

Tant per a l'ANF interna com per a la dels municipis s'haurà de dissenyar un sistema d'identificació de les necessitats que permeti:

- Analitzar i determinar les competències a adquirir per part de l'organització a cada moment, d'acord amb el Pla Estratègic del SAS i el seu desenvolupament progressiu.

- Treballar amb mètodes que permetin a cada professional analitzar la seva formació i determinar necessitats (efectivitat en el lloc de treball, creixement personal, ...)

- Precisar acuradament la contribució que s'espera de la formació, identificant els problemes que poden trobar solució a través de la formació.

- Descriure i comparar els perfils professionals desitjables i reals en l'anàlisi de les tasques específiques i en la consecució dels objectius de l'organització.

---

- Precisar les orientacions, les decisions en la prioritització i factors a contemplar en la planificació de la formació.

En definitiva, s'ha de pretendre, mitjançant la valoració de necessitats i la seva prioritització, que les actuacions formatives siguin rellevants per a l'organització i adients als recursos humans, materials i temporals disponibles.

## 2) Recerca i millora metodològica de la formació.

Per tal de millorar la qualitat de les accions formatives, a més de la seva pertinença, és important incidir sobre la planificació, els instruments que s'empren, les estratègies metodològiques, etc. Aquesta reflexió i millora ha d'anar des de les directrius generals de la política de formació als programes que es posin en marxa, arribant a les mateixes sessions instructives. En aquest sentit, la unitat de formació haurà de procurar introduir de forma permanent noves aportacions en temes com:

a. El disseny de les activitats formatives. Elaboració de programes formatius que comptin de forma explícita amb tots els seus components bàsics: objectius, continguts, estratègies i activitats; materials, criteris d'avaluació.

b. Elaboració de materials i estratègies metodològiques per a la formació que puguin ser validades.

La formació contínua, per la seva mateixa concepció, ha d'estar lligada a la pràctica, amb preparació de supòsits pràctics, situacions reals, etc., apropades a la realitat quotidiana dels destinataris. Aquest plantejament ens obliga a produir i recercar instruments i mètodes de treball ajustats a les necessitats i a la cultura de l'organització.

D'altra banda, la producció que els professionals fan per a distintes activitats dels seus programes, han de ser rendibilitzades en termes d'instruments per a altres col·lectius.

- Creació d'unitats didàctiques i mòduls formatius que puguin ser reproduïts i millorats en disseny i estratègies.

-Recull i producció de materials didàctics. En aquesta tasca es precisa la col·laboració dels professionals del SAS i d'altres institucions externes.

-Tenir cura dels aspectes motivacionals. És per tothom reconegut que la formació contribueix al prestigi professional, essent aquest un element motivant. Ara bé, s'ha de procurar trobar major significació a la formació, i per això, a més d'altres actuacions esmentades en aquest document, serà convenient la participació: Proporcionar als destinataris un coneixement clar dels objectius del programa, sol·licitar als receptors la seva participació en la determinació dels objectius i continguts específics del programa, facilitar i potenciar l'aplicació de la formació rebuda.

-La recerca i progressiva implementació d'estratègies metodològiques, especialment a partir de les noves tecnologies, que permetin la formació. Ens referim a l'estudi de la pertinença de treballar amb sistemes informàtics, video-conferències, per l'educació no presencial, etc.

#### c. Les formes organitzatives de la formació.

Com sabem, les formes organitzatives poden ser múltiples i catalogables segons distintes variables: Presencial o no; interna o externa, grupal-individual, etc. Serà necessari incorporar modalitats diferents als cursos presencials, com ara: intercanvis, seminaris, grups de recerca, les supervisions d'experts, etc. Aquestes noves formes, més flexibles, podran respondre més acuradament a les dinàmiques de cada un dels equips i centres.

#### 3) Disseny de programes formatius d'especialització.

Aquests programes, de curta i mitja durada, referits a temes sectorials específics, permetran superar la dinàmica de cursets aïllats, que generen en els professionals itineraris formatius dispersos.

Els cicles formatius d'especialització permetran que els beneficiaris facin itineraris curriculars coherents, tot evitant-se la dispersió.

#### 4) Coordinació i articulació amb serveis i recursos formatius.

La Unitat de Formació, per realitzar les seves funcions, requereix d'una permanent articulació amb altres serveis o recursos formatius tant del propi CIM com externs d'àmbit local, autonòmic, estatal i europeu.

a. Precisament, i a través d'una articulació permanent amb el Departament de Recursos Humans del CIM, s'han de pretendre facilitar les iniciatives del SAS i els següents objectius i tasques:

-Captació de fons econòmics destinats a formació.

-Recollir la múltiple oferta formativa (cursets, seminaris,...) que es genera a distintes administracions i institucions.

-Participar en l'oferta formativa d'altres institucions: Institut Balear d'Administració Pública (IBAP); Institut Nacional d'Administració Pública (INAP); Pla de formació del Ministeri de Treball i Afers Socials

-Conveniar amb institucions possibles accions formatives: Coordinació amb la FEMP (Comissió de Serveis Socials, Departament d'Estudis i Programes); Ministeri de Treball i Afers Socials, etc.

-Mantenir permanentment informats els distintes centres, seccions i equips de l'oferta formativa que es vagi generant en temes de serveis socials.

-Coordinar les actuacions de centres i serveis de la Comissió de Benestar Social. Homologació de cursos i certificacions davant l'IBAP.

Per a totes aquestes tasques, així com per al conjunt del Pla de Formació, pot ser fonamental la participació dels sindicats. Aquesta participació haurà d'establir-se d'acord amb els criteris que manté Recursos Humans del CIM i els drets legals que corresponguin.

---

b. D'altra banda, serà necessari incrementar la coordinació amb la Universitat de les Illes Balears (UIB), institució amb la que es mantenen diversos convenis de col.laboració. S'hauran de redefinir els acords de manera que permetin, en el àmbit dels serveis socials, l'aportació de professionals, l'intercanvi d'experiències, la participació en cursos o cicles formatius. Aquesta col.laboració haurà d'abastar també àmbits com la recerca, les publicacions, les pràctiques d'alumnes, etc.

c. Increment i formalització de circuits de col.laboració en temes de formació amb Ajuntament de Palma i Conselleries del Govern Balear, MEC.

5) Avaluació: Dels cursos, alumnat, professorat, dels programes i plans de formació. La implementació de l'avaluació queda lligada al procés de planificació i participa amb el d'avaluació de necessitats i el d'avaluació del context d'actuació.

Es tracta d'anar dissenyant un sistema d'avaluació de la formació que, promogut des de la Unitat, tingui per objecte:

- L'anàlisi permanent de les necessitats formatives;
- El disseny de les accions formatives quant a la seva idoneïtat, planificació i organització.
- La implementació de les accions i els seus resultats finals.
- L'avaluació dels alumnes i del professorat.
- L'avaluació dels impactes de la formació a partir de l'anàlisi en el mateix lloc de treball i un cop acabada l'acció formativa (canvis introduïts, productes, millora en la qualitat assistencial,...)

Les diferents tipologies precisen d'instruments, protagonistes, fonts d'informació, metodologies i anàlisis diferenciats, que haurem d'anar concretant en el temps.

---

## NOTES

(1) Acord signat el 21 de març de 1995 (BOE 6 d'abril) per l'Administració General de l'Estat, les Comunitats Autònomes, les administracions locals - a través de la FEMP - i les centrals sindicals UGT, CC.OO., CSI/CSIF i CIG. L'acord és vigent fins a les darreries de 1996, podent ésser prorrogat.

(2) Conveni marc de col.laboració en matèria de Serveis Socials entre la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social del Govern Balear, el Consell Insular de Mallorca i els Ajuntaments de Mallorca. Aquest conveni especificava com a matèria de col.laboració entre les parts firmants «Fomentar la formació permanent dels professionals que treballen a l'àmbit de l'acció social i serveis socials».

(3) Dades recollides a INE (1992): «Encuesta del coste laboral.» Madrid; Consejo Superior de Cámaras de Comercio y Navegación, pàgs. 33-40. La proporció s'obté en relació al total del cost laboral de l'empresa i no sobre el total del pressupost. En el cas de l'Administració parlem de Capítol. 1.