

Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural

Pilar Monreal
Antoni Vilà
Universitat de Girona

La propuesta que presentamos es un programa piloto de intervención comunitaria que se realizó en tres pueblos de la comarca del Alt Empordà (provincia de Girona) de zona rural y que pretende aportar información en tanto que experiencia de atención a la gente mayor en un contexto concreto a partir de una iniciativa que parte de los mismos pueblos, de los ayuntamientos y de la propia gente mayor. Es una investigación-acción con una metodología participativa y cualitativa propia de la planificación estratégica. El estudio permite analizar cómo surge la iniciativa, la descripción del proceso y las diferentes partes del programa de intervención.

Palabras clave: estudio piloto, programa de intervención comunitaria, zona rural, gente mayor.

A program for the elderly in a rural context

We describe a community intervention program performed in three rural villages in the Alt Empordà region (Girona province). The study provides data on the services available to the elderly in a specific context, based on an initiative proposed by the villages, the local councils, and the elderly themselves. The program is a research-action plan which applies the participative and qualitative methodology characteristic of strategic planning. The study analyzes how the initiative arose, the description of the process, and the different parts of the intervention program.

Keywords: rural context, elderly, adults, community intervention program.

Entre los cambios sociodemográficos más importantes experimentados durante el desaparecido siglo XX se hallan sin duda el aumento de la esperanza de vida y el proceso creciente de urbanización. En relación al primer aspecto señalado, el incremento ha sido espectacular en España: en un siglo se ha doblado la esperanza de vida al nacer, que ha pasado de los 35 en 1900 a los 80 años en 1996 (IMERSO, 2002), siendo superior en el caso de las mujeres, que a principios de siglo superaban a los varones en 1,9 años pero que a medianos de los noventa la diferencia ya rebasaba los 7 años (IMERSO, 2002). Por otra parte, el porcentaje de personas mayores que vive en municipios con menor población es muy superior, como podemos observar de los datos correspondientes al año 1999, que nos indican que en los municipios con una población menor a los 100 habitantes suponen el 40,5%, y el 32,8% en los de 100 a 500, superando el 20% en los de 501 a 2000. En todos estos casos son superiores a la media estatal del 16,8% (IMERSO, 2000).

Las citadas tendencias también se observan en Cataluña, donde según los datos más recientes de 2003 los porcentajes de población de 60-79 años son muy parecidos a los estatales (Cataluña 17,4%; España 17,38%) e inferiores a los de la Unión Europea (18,05%) y los relativos a las personas mayores de 80 años son igualmente semejantes 4,25% en Cataluña y 4,16% en España y, en cambio, son superiores a los europeos (3,84%) (Idescat 2003, 2001). Tampoco discrepan los datos referentes a la esperanza de vida, aunque es ligeramente superior en Cataluña (Idescat 1997: España: 78; Cataluña: 79,1. Idescat 2002: España 79,2; Cataluña: 80,2). Si nos referimos al contingente de mayores en las décadas finales del siglo XX, constatamos cómo Cataluña era la primera comunidad autónoma en número de población de 65 y más años ya que según los datos correspondientes a los años 1981 y 2000, esta población fue de 658.300 y 1.085.700, respectivamente. En porcentajes, a principios de la década de los 80 ocupaba el 11º lugar en el ranking estatal, con el 11,1% de población de 65 y más años, ligeramente por debajo de la media española, en cambio en el 2002 ascendió al 9º lugar, con el 17,3%, porcentaje superior a la media estatal del 16,9%. (IMERSO, 2000).

A finales del siglo pasado más de 4.300.000 catalanes, el 70%, vivía en municipios con una población superior a los 20.000 habitantes, porcentaje superior al estatal en cinco puntos, y la población mayor de 65 años de dicha comunidad representaba también una parte importante de los habitantes de los municipios con menor población, como puede verse en la tabla 1, aunque inferior la media española.

Un último apunte para completar esta panorámica general se refiere a las discapacidades y a la necesidad de ayudas para la realización de las actividades de la vida diaria. Según los resultados de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999 (EDDES) «No es ninguna novedad que existe una correlación directa entre edad y discapacidad; es en la vejez cuando tales problemas alcanzan proporciones notables. Así, la tasa de prevalencia de la discapacidad a los 65-69 años es de 190 por cada 1000 personas de dicha edad, a los 80-84 años de 475 por cada 1000 personas y entre los de más de 85 años alcanza el 841 también por cada 1000 personas, se entiende así que la edad

TABLA 1. POBLACIÓN SEGÚN TAMAÑO MUNICIPAL

Nº Habitantes	Población total		65 y más años	
	España (1999)	Cataluña (2000)	España (1999)	Cataluña (2000)
0-100	0,1	0	40,5	25
101-500	1,8	1,4	32,8	26,5
501-2000	5,6	4,9	25,3	22,6
2000-5000	7,8	6,4	20,5	17,8
5001-10000	8,7	7,9	17,2	15,5
10001-20000	11,5	10,1	15	15,1
20001-50000	13,5	13	13,9	13,9
50000-100000	10,4	12,4	13,5	14
100001-500000	23,2	20	14,5	15,7
> 500000	17,3	23,9	18,7	22,1
TOTAL	100	100	16,8	17,3

Fuente: *Las personas mayores en España*. Informe 2002. IMSERSO.

media de quienes padecen discapacidades sea de 62,7 años... » (Alustiza y Pérez, 2005). En relación a la dependencia para las actividades de la vida diaria, el Libro Blanco sobre la Atención a las Personas con Dependencia en España (IMSERSO, 2005) estima que se hallan afectadas en 2005 1.125.190 personas, de las cuales 373.425 tienen entre 65 y 79 años y 453.126 más de 80 años.

Los servicios sociales y los sanitarios generalmente priorizan la utilización de los servicios que dan respuesta a los casos más perentorios; por otro lado, los servicios ofertados aún están demasiado definidos por los profesionales y los técnicos, que tienen en cuenta solamente algunos de los aspectos de la atención (sobre todo los más graves y los aspectos más medicalizados), mientras que las atenciones cotidianas continúan situadas en un ámbito más privado (familia). Sin embargo, en estos últimos años se aprecia una creciente tendencia hacia la diversificación de los servicios planteando la idea de flexibilizar la oferta con el objetivo de que ésta se pueda adaptar a las necesidades y a los deseos concretos de cada caso. En esta línea, nos propusimos elaborar un plan piloto para experimentar fórmulas de satisfacción de las necesidades para la propia comunidad desde el territorio y además ofrecemos la posibilidad de probar un modelo de atención pensado para atender las características de una zona rural.

Las respuestas para la atención a las personas mayores provienen de distintos ámbitos, como el de la salud, los servicios sociales, las pensiones, la vivienda o el transporte, por citar sólo los más importantes. La competencia y, por tanto, las responsabilidades sobre estos ámbitos corresponde al Estado y a las Comunidades autónomas, así por ejemplo las bases de la sanidad y las bases y el régimen económico de la seguridad social corresponde al Estado, en cambio los servicios sociales, la vivienda o transporte corresponden en exclusiva a las Comunidades autónomas (Vilà, 2001). Estas a su vez distribuyen en

su territorio las competencias entre el Gobierno y los entes locales. Sin entrar en estas cuestiones, que desbordan ampliamente el objeto del presente trabajo, haremos una breve referencia a las respuestas articuladas desde los servicios sociales y sociosanitarios catalanes, ya que los sanitarios se ajustan a lo establecido en las normas básicas estatales.

El esquema de los servicios sociales catalanes de atención a personas mayores, que puede verse en la tabla 2, se estructura en un nivel de atención primaria polivalente, que incluye algunos servicios de gran interés para el colectivo de mayores, como los equipos básicos y la atención domiciliaria (Consell Comarcal 2005). El ámbito sociosanitario goza de gran tradición en Cataluña –el programa pionero “Vida als anys” data del año 1986– y actualmente dispone de una tipología (Decreto 92/2002) de centros y servicios específicos, ver tabla 3. Aunque estos servicios no son exclusivamente para personas mayores, son los usuarios más habituales.

TABLA 2 . TIPOLOGÍA DE SERVICIOS SOCIALES.
DECRETO 284/1996 REGULACIÓN SISTEMA CATALÁN DE SERVICIOS SOCIALES

SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS
<ul style="list-style-type: none"> – Equipo básico de atención social primaria. – Atención domiciliaria: <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda domiciliaria. • Telealarma y teleasistencia. – Servicios residenciales de estancia limitada (urgencias y marginación). – Comedores. – Asesoramiento técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> – Casals para personas mayores. – Centros de día. – Centros residenciales: <ul style="list-style-type: none"> • Hogares residencia. • Residencias asistidas. – Viviendas tuteladas. – Servicios de familia de acogida para personas mayores (ley catalana 2000). – Servicios de tutela. – Servicios de soporte social a la atención sociosanitaria.

TABLA 3. TIPOLOGÍA DE CENTROS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

Servicios de internamiento	Larga duración	
	Media estancia	Convalecencia/subagudos Curas paliativas Polivalente
Servicios de atención de día sociosanitaria		
Equipos de evaluación y ayuda		

Otro aspecto al que debemos referirnos, aunque sea brevemente, es el relativo a la distribución de competencias en Cataluña. En primer lugar debemos tener en cuenta que la citada comunidad dispone de un ente local intermedio, la comarca, que tiene gran incidencia en la prestación de determinados servicios para las personas mayores que viven en pequeños municipios. La normativa actual (Decreto Legislativo 4/2003) define la comarca como “una entidad lo-

cal de carácter territorial formada por la agrupación de municipios contiguos, tiene personalidad jurídica propia y capacidad y autonomía para el cumplimiento de sus fines”, cuyo gobierno y administración corresponde al Consejo comarcal (Vilà, 1997).

En Cataluña, la obligación de ejercer las competencias referentes al nivel primario corresponde a los ayuntamientos con una población superior a los 20.000 habitantes y a los consejos comarcales para los territorios correspondientes a municipios con una población inferior. Además, a los consejos comarcales les corresponde participar en la toma de decisiones y la planificación de dichos servicios en su territorio, ocuparse del asesoramiento y la formación de los recursos humanos y ejercer un primer nivel de supervisión y control, así como las funciones de coordinación de servicios y prestaciones. Las comarcas con más de 50.000 habitantes tienen competencia para programar los servicios y prestar y gestionar los servicios sociales especializados para personas mayores.

En nuestro caso se trata de tres municipios pequeños y sin obligación de prestar servicios sociales en ninguno de sus niveles, aunque con competencias para hacerlo. Los servicios sociales del Consejo comarcal de l'Alt Empordà son, pues, los encargados de dar respuesta a las necesidades de servicios sociales de las personas mayores; por ello, como veremos, el Consejo participó activamente en la experiencia.

El objetivo principal que nos marcamos fue contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en tres municipios rurales mediante el establecimiento de un dispositivo comunitario de referencia, con la finalidad de que fuera un referente para la posterior planificación y organización de los servicios de atención a las personas mayores en los municipios de ámbito rural.

Los objetivos específicos fueron:

1. Conocer las formas de vida de las personas mayores en los tres municipios.
2. Identificar las necesidades de las personas mayores y el territorio.
3. Diseñar un plan de actuación integral e innovador y, a poder ser, exportable a otro contexto similar, que atienda las necesidades de las personas mayores teniendo en cuenta las características de la zona rural.

Participantes y entorno

La experiencia se realizó en la comarca del Alt Empordà, ubicada en la punta nordeste de Cataluña, concretamente en los municipios de Garriguella, Rabós d'Empordà y Vilamaniscle, que se hallan situados en la sierra de Albeira en el camino entre Figueres, capital de la comarca, y la costa. Las actividades económicas de esta zona se centran en los cultivos y la viña, actividades que se realizan mayoritariamente en torno a cooperativas. La población de esta zona es de 1.044 habitantes, con una densidad de 14,5 hab. /km², y con 251 persona de 65 y más años (24%).

TABLA 4. TERRITORIO Y POBLACIÓN
EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO (2003)

<i>Territorio</i>	<i>Población</i>	<i>Superficie (km²)</i>	<i>Densidad de población (hab./km²)</i>
Comarca Alt Empordà	112.439	1.357,5	82,8
Garriguella	717	21,0	34,1
Rabós d'Empordà	167	41,5	3,7
Vilamaniscla	160	5,5	29,3
TOTAL	1.044	71,6	14,5

EN EL MOMENTO ACTUAL (2007)

<i>Territorio</i>	<i>Población</i>	<i>Superficie (km²)</i>	<i>Densidad de población (hab./km²)</i>
Comarca Alt Empordà	129.158	1.357,5	95,1
Garriguella	795	21,0	37,8
Rabós d'Empordà	182	41,5	4
Vilamaniscla	172	5,5	31,5
TOTAL	1.149	71,6	16

Fuente: Idescat 2007

TABLA 5. POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y SU EVOLUCIÓN

<i>Año</i>	<i>Alt Empordà</i>		<i>Garriguella</i>		<i>Rabós</i>		<i>Vilamaniscla</i>	
	Total 65 y más años	% sobre total población	Total 65 y más años	% sobre total población	Total 65 y más años	% sobre total población	Total 65 y más años	% sobre total población
1981	11.262	13,9	109	18,1	47	29,7	47	41,2
1986	12.538	14,6	117	19,1	45	30,6	48	40,7
1991	14.560	16,0	135	21,0	42	30,4	40	32,0
1996	16.393	17,6	154	23,1	42	28,4	41	32,0
2001	18.198	18,3	171	23,9	38	22,9	42	29,6

Fuente: Idescat 2004

El análisis de los recursos y de la situación sociodemográfica permitió establecer el perfil definitorio del entorno:

- Baja densidad y envejecimiento de la población que se halla diseminada y con una red de comunicación difícil a causa de la escasez de transporte público.
- Capital comarcal potente que agrupa la mayoría de la población comarcal y concentra la oferta de servicios.
- Economía basada en el sector agrícola y ganadero, pero con un crecimiento del sector terciario.
- Población acostumbrada a solucionarse los problemas, a ayudarse y a mantener buenas relaciones de vecindad.
- Dificultades de acceso a la información y a la formación especializada.

- La proximidad puede dificultar en determinados casos la prestación de determinados servicios y tratamientos debido a la imposibilidad de mantener el anonimato.
 - Escasos recursos en el territorio que obligan a la realización de desplazamientos para recibir la mayoría de servicios.
 - Los tipos y estándares de servicios y prestaciones existentes son inadecuados, ya que están concebidos para zonas urbanas y no se ajustan a la realidad de estos territorios.
 - Falta de estudios e investigaciones sobre la realidad de estas áreas y de programas específicos para afrontar las necesidades peculiares de estos territorios.
 - Escasez de profesionales y altos niveles de rotación del personal de los servicios.
 - La lejanía de los centros de decisión, debido a las tendencias centralistas de la organización, dificulta la transmisión de las opiniones de la población y el conocimiento de la realidad.
 - Ausencia de redes de intercambio de información y experiencia de las realizaciones en zonas rurales.

Enfoque metodológico

La experiencia que se presenta surgió de la propia comunidad, fue el Consejo Pastoral Interparroquial de las parroquias de Garriguella, Rabós y Vilamanisclé quien mostró su inquietud por la precaria situación de las personas mayores de dichos territorios y solicitó a la Universidad de Girona (UdG) su colaboración para estudiar la realidad de este colectivo y elaborar un plan de actuación. Desde el primer momento dicha iniciativa fue alentada y apoyada por los ayuntamientos de los municipios afectados. Al proyecto se fueron sumando el Consejo comarcal de l'Alt Empordà y la Generalitat de Catalunya, a través del Departamento de Bienestar Social, que vio en esta iniciativa una oportunidad para experimentar un modelo pensado desde el propio territorio para la atención a los mayores que vivían en zonas rurales que quizás podría extenderse a otras zonas de características similares. Estas entidades constituyeron el grupo promotor del plan, a excepción de la Generalitat de Catalunya que, si bien apoyó desde el primer momento la iniciativa, se mantuvo institucionalmente al margen.

La Universidad de Girona propuso como método una investigación-acción-participativa que se inició en el año 2000 y terminó en el 2002, con un enfoque cualitativo dentro de la planificación estratégica (Borja y Castells, 1997, Rodríguez, 1995, 2005), que fue aceptada por el grupo promotor del plan. Este enfoque requiere desde el inicio la implicación de todos los agentes que intervienen y de la población en general.

El citado grupo promotor se convirtió en Comité directivo. Este órgano decidió la elaboración del plan, que se formalizó mediante el "Acuerdo de colaboración para la elaboración de un plan piloto de atención a las personas mayores de los municipios de Garriguella, Rabós d'Empordà y Vilamanisclé de la comarca de l'Alt Empordà", firmado públicamente en el mes de julio del 2000.

TABLA 6. COMPOSICIÓN Y FUNCIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

<i>Grupo promotor</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Aglutina a las instituciones y entidades públicas y cívicas de los tres municipios (Consejo parroquial de Garriguella, Rabós y Vilamanisole y los correspondientes ayuntamientos), de la comarca (Consejo Comarcal de l'Alt Empordà) y de la universidad (Universitat de Girona). – Su función básica se dirige a impulsar y consolidar el proyecto. – Una vez formalizado el proyecto se convierte en la Comisión directiva del Plan.
<i>Comisión directiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Es la responsable de dirigir, coordinar, efectuar el seguimiento y evaluar el Plan.
<i>Grupos municipales de debate</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Agrupan a todas las instituciones y entidades cívicas y están abiertos a todas las personas de cada municipio relacionadas o interesadas en el tema, con el fin de conseguir la máxima participación social. – La convocatoria se efectúa de forma individualizada a todos los hogares (hoja informativa). – Participan en todas las fases: diagnóstico, propuesta de acciones y posteriormente en la ejecución de acciones que se acuerden y el seguimiento y la evaluación. – En determinados momentos pueden funcionar de forma plenaria de los tres municipios.
<i>Secretaría técnica</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene la función de facilitar el soporte técnico durante todo el proceso de elaboración del plan: <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de los datos básicos: demográficos, balance de recursos existentes, etc. • Estudio de necesidades de las personas mayores, las familias, etc. • Elaborar las actas de las reuniones y los documentos preparatorios de los debates. • Animar los grupos de debate, de diagnóstico y de propuestas. • Elaborar los borradores de las piezas básicas del plan: objetivo central, líneas estratégicas y los programas. • Redacción de la propuesta del plan. • Asesoramiento técnico en el proceso de ejecución, seguimiento y evaluación del plan. – Estos cometidos fueron encargados mediante convenio a la Universitat de Girona.
<i>Grupo asesor de expertos externos</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Integrado por profesionales de diversas disciplinas (salud, trabajo social, gestores de servicios, enfermería, farmacia, etc.) conocedores del territorio. – Estos profesionales dependían del Consejo comarcal, de las áreas de salud y bienestar del gobierno autonómico, de la universidad o ejercían privadamente sus actividades. – La función básica de este grupo fue el seguimiento del programa y asesorar en la ejecución de los programas aprobados.
<i>Consejo consultivo de las personas mayores</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Reunión abierta de participantes que posteriormente se autoorganizaron a través de representantes de los 3 municipios y que tiene como misión constatar la eficacia y eficiencia del plan que se va ejecutando.

TABLA 7. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

<i>Análisis de la situación (En el contexto de la atención a las personas mayores)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Marco legal e institucional. – Aspectos demográficos. – Factores generadores de necesidades. – Balance de recursos. – Financiación de servicios y actividades. – Participación cívica.
<i>Creación de los equipos de trabajo</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Grupo promotor. – Comisión directiva. – Grupos municipales de debate. – Secretaría técnica. – Grupo asesor de expertos externos. – Consejo consultivo de la gente mayor.
<i>Recogida de la información</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevistas informales. – Entrevistas en profundidad a informantes clave. – Hojas informativas. – Asambleas. – DAFO.
<i>Análisis de la información y propuestas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificación de las necesidades de las personas mayores por municipios y de toda la zona. – Recogida de propuestas y sugerencias para la acción.
<i>Conclusiones generales</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Del diagnóstico.
<i>Determinación de estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo global. – Principios rectores. – Líneas básicas.
<i>Establecimiento de programas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Generales y específicos. – Cronograma de las actuaciones.
<i>Gestión, seguimiento y evaluación del plan</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Órgano coordinador, de seguimiento y evaluación. – Órgano técnico y asesor. – Participación ciudadana.

Estrategias para generar información

La parte más participativa fue la referente al “análisis personal de la realidad” (Sánchez Alonso, 2004) o al conocimiento de las llamadas necesidades “experimentada” y “expresada” (Bradshaw, 1983), que posteriormente se amplió, como veremos, a las cuestiones relacionadas “lo que debe ser” o “lo que quieren que sea”. En esta primera fase, uno de los investigadores de la UdG se instaló en la zona conviviendo con los ciudadanos y realizando *entrevistas informales* (se basan en la espontaneidad de una situación que sugiere preguntas no estructuradas y que se dan en el contexto natural de la interacción personal a lo largo de la investigación) con las personas mayores y sus familiares en sus lugares habituales de encuentro y reunión y en sus domicilios. Asimismo se realizaron *entrevistas en profundidad* (se caracterizan por emplear una lista de aspectos a explorar durante la entrevista, aunque el orden y las preguntas son libres) con informantes clave (médico, farmacéutico, practicante, maestros, cura, etc.), destinadas a

generar información sobre las rutinas en la vida cotidiana de las personas mayores, los usos más habituales de los servicios significativos y la percepción del apoyo social. Además el proyecto disponía de un medio de comunicación que resultó muy útil, las *hojas informativas*, elaboradas por la secretaría técnica y aprobadas por el comité directivo, que periódicamente cada ayuntamiento repartía a todos los hogares y que informaban sobre la marcha del proyecto y servían de convocatoria para los actos organizados. A nivel colectivo se realizó un análisis DAFO entre los miembros del comité directivo, con la participación de los miembros del equipo técnico, y también se realizaron dos asambleas (reuniones abiertas donde asistían principalmente las personas mayores y sus familias, aunque estaban abiertas a toda la población) –una al principio para la detección y jerarquización de necesidades y recogida de propuestas, y la segunda para examen y consenso del proyecto– en cada uno de los municipios.

Dentro de este apartado queremos señalar la importancia en la generación, análisis y gestión de la información de los equipos de trabajo formados por la secretaría técnica y el consejo consultivo de las personas mayores. *La secretaría técnica* recopiló y analizó los recursos existentes, los datos sociodemográficos y las necesidades percibidas por la gente mayor y por sus familiares y las detectadas por las entrevistas con los profesionales. Todo el material se clasificó según los ámbitos de intervención que se establecieron: salud y asistencia sanitaria, servicios sociales y relaciones de soporte a la vida cotidiana a domicilio, vivienda y barreras arquitectónicas, transporte y comunicaciones, ocio y cultura, relaciones intergeneracionales, educación y perspectivas económicas. *El consejo consultivo de personas mayores*, constituido por representantes de los tres municipios elegidos democráticamente, fue una pieza clave del plan que tiene como finalidades principales estructurar la participación en la elaboración de propuestas de mejora y en la toma de decisiones en las diferentes fases del plan, canalizando para ello las demandas, opiniones, preocupaciones e iniciativas del colectivo, sus familiares y la ciudadanía en general.

A partir de esta información y de los datos obtenidos en las fases anteriores se realizó un análisis reflexivo conjunto de todos los miembros del comité directivo y la secretaría técnica. Además contamos también con la opinión de un *grupo de expertos externos* con el fin de que opinaran y cuestionaran los resultados obtenidos, incorporando muchas de sus sugerencias a los documentos del plan. Así se definió el objetivo global y las líneas básicas del plan integral, a partir de los cuales se diseñaron los programas generales, se determinaron los específicos y se estableció el cronograma de las actuaciones que presentamos a continuación.

Líneas del plan de atención integral

En este apartado nos centraremos en describir el Plan de atención integral que acordamos. El objetivo central del plan se estableció en conseguir que la *gente mayor pudiera permanecer en su entorno socio-familiar de forma segura, acompañada, protegida y con una buena calidad de vida, mediante la creación*

de un dispositivo comunitario de referencia, de información y de coordinación de una red global de servicios, ayudas y actuaciones diversificadas y flexibles. Los principios rectores que debían impregnar todas las acciones eran los de *dignidad y respeto, independencia, autorrealización, participación, cuidado asistencial y atención personalizada*.

TABLA 8. DETERMINACIÓN DE ESTRATEGIAS

<i>Objetivo global</i>	Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en tres municipios rurales mediante el establecimiento de un dispositivo comunitario de referencia, con la finalidad de que fuera un referente para la posterior planificación y organización de los servicios de atención a las personas mayores en los municipios de ámbito rural.
<i>Principios rectores</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Dignidad y respeto. – Independencia. – Autorrealización. – Participación. – Cuidados asistenciales. – Atención personalizada.
<i>Líneas básicas de actuación</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de un dispositivo potente de referencia. 2. Garantizar una vida digna y autónoma. 3. Conseguir un envejecimiento saludable y activo. 4. Asegurar un lugar de vida en su entorno. 5. Accesibilidad y comunicación. 6. La participación y la integración cívica. 7. La solidaridad intergeneracional. 8. Por unos pueblos vivos.

El Plan de atención integral consta de 8 líneas básicas de actuación, estratégicas, que a su vez contemplan diferentes objetivos. A continuación describiremos las actuaciones de cada línea estratégica.

LÍNEA 1: Se creó un **dispositivo potente de referencia** con los objetivos de: *a)* proporcionar información y disponer de un catálogo de servicios; *b)* actuar como coordinador de la red de servicios, de ayudas y de actuaciones; *c)* facilitar algunas prestaciones a través de la ventanilla única de tramitación o del banco de ayudas técnicas y *d)* potenciar el voluntariado y la ayuda mutua.

Este dispositivo dependía de una fundación que se creó por parte de las entidades integrantes del comité directivo, para la gestión del plan, aunque con la intención de que posteriormente ampliara su ámbito de actuación. Además se propuso la creación de un observatorio de detección y seguimiento. Por tanto, una de las primeras decisiones adoptadas, una vez aprobado el plan, fue la creación de una fundación que construía la plataforma para gestionar los distintos programas. Esta nueva entidad tenía como entidades fundadoras a los tres ayuntamientos implicados, al Consejo comarcal y al citado Consejo pastoral interparroquial, y se denominó Fundació Mare de Déu del Camp, en recuerdo de una ermita que simboliza el encuentro de las tres poblaciones y donde se constituyó su sede social.

A partir de la creación de la fundación se adoptó el compromiso organizativo básico: el establecimiento del *Punto de información y de gestión para las personas mayores*, que se constituyó después de diseñar el perfil de la plaza de dinamizador social y de seleccionar y contratar al profesional. El Plan y el citado Punto de información fueron presentados públicamente el mes de abril de 2002.

El punto de información tuvo como función facilitar a las personas mayores y a sus familias información y orientaciones básicas y, cuando fuera necesario, la derivación y acompañamiento a los profesionales competentes o a los servicios y las prestaciones de las diferentes administraciones, además de gestionar los programas del plan. Por ello, los objetivos iniciales marcados fueron: *a)* conocer a las personas mayores de 65 años del territorio, entablando relaciones y conversando con ellas para conocer sus necesidades más sentidas con el fin de profundizar e inventariar la tipología de problemas existentes; *b)* identificar todos los recursos existentes (establecimientos, servicios, ayudas, etc.) para las personas mayores y sus familias, mediante el contacto con las administraciones y otras entidades para elaborar un inventario de los mismos, que sirviera para informar, orientar y, en su caso, derivar las demandas. Actualmente se dispone de una base de datos informatizada de los recursos; *c)* establecer lazos de coordinación con los diversos agentes y servicios que intervienen, especialmente con los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales.

La LÍNEA 2 se dirigió a la efectividad de ***una vida digna y autónoma*** para las personas mayores, mediante la garantía de un mínimo vital, deducciones y exenciones fiscales, rehabilitación de la vivienda, la facilitación de ayudas técnicas, la garantía de los equipamientos básicos (agua caliente, calefacción, teléfono o determinados servicios), así como mediante el respeto a los valores trascendentes de las personas mayores. En este apartado los ayuntamientos se comprometieron a incluir dentro de sus presupuestos los gastos necesarios para realizar pequeños arreglos de adaptación en las viviendas, siempre que fuera necesario incluir dichos presupuestos dentro del plan de inversiones municipales que se presenta a la administración autonómica.

El programa *Viure en Família*¹ del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya ayuda en la ejecución de los programas de rehabilitación de la vivienda y ayudas técnicas que se están ejecutando satisfactoriamente en función de las necesidades diarias de las personas de los municipios.

La LÍNEA 3 se orientaba a conseguir un ***envejecimiento saludable y activo***, a través de un programa de educación para la salud, un protocolo de coordinación con el centro de atención primaria, un programa de urgencias y otros de atención domiciliaria sociosanitaria, de nutrición e higiene.

En el capítulo de estudios y formación, el plan supuso la colaboración en un estudio sobre la situación y las necesidades de las personas mayores que realizó el Consejo comarcal y la organización del I^{er} Curso de formación para las personas cuidadoras de personas mayores enfermas, curso en el que participaron 23 personas y que fue impartido por los profesionales de la zona (del

¹ El Programa tiene como objetivo facilitar, mediante una ayuda económica, el mantenimiento de la persona con dependencia en su propio entorno social y familiar habitual respetando la voluntad de permanencia en su domicilio.

área básica de salud, farmacia, del Consejo comarcal y de otras entidades). Por otro lado, uno de los riesgos de la puesta en marcha de las actividades del plan era la posibilidad de generar algún conflicto con la organización establecida por las administraciones públicas y otras entidades privadas que ya actuaban en el territorio, especialmente de servicios sociales y salud. Como medidas preventivas se crearon, por un lado, un sistema periódico de coordinación, con actuaciones de carácter general dirigidas a delimitar funciones, evitar duplicidades y optimizar los recursos y otras que operaban a partir de casos concretos cuyas problemáticas podían exigir la intervención técnica de servicios sociales. Por otro lado, el equipo técnico asesor citado, que contaba con la participación de profesionales del ámbito sanitario y social, así como de la universidad, tenía, entre sus funciones, articular en el territorio la intervención ordenada de los distintos agentes, mediante el seguimiento de las acciones, el asesoramiento de las actuaciones y la mejora de la coordinación.

El programa de atención integral domiciliaria de carácter sociosanitario se encuentra también en ejecución y se realiza en coordinación con el Consejo Comarcal. Se observa una creciente y buena interacción entre los profesionales sanitarios del territorio y el técnico del plan piloto.

Mediante el programa de educación para la salud se ha fijado un protocolo de colaboración con el CAP (centro de atención primaria del área básica) que ha permitido empezar a hacer conferencias (el proceso de duelo ante la pérdida, estimulación cognitiva) y debates con las personas mayores sobre temas de salud. Impulsado desde el campo sanitario local (técnicos farmacéuticos y de la salud) también se logró implantar el programa de asesoramiento a la gente mayor en aspectos de nutrición e higiene, aspectos que eran una fuente de preocupación de los profesionales que detectaban graves insuficiencias. Este programa es, precisamente, uno de los que presenta aspectos innovadores dentro del plan piloto.

También se encuentra implantado el programa de urgencias, gracias al compromiso e implicación de los responsables del plan de asistencia vía telefónica a las personas necesitadas, las 24 horas del día.

La LÍNEA 4 potenció el *espacio de vida digno y en su entorno* siempre que fuera posible, estableciendo para ello un programa de rehabilitación de viviendas, la potenciación del modelo de viviendas compartidas y de la red de viviendas tuteladas, el programa de atención domiciliaria integral y la realización de un estudio sobre posibilidades de vitalicios y otros seguros. Asimismo se potenció la creación de un centro multiservicios que diera cobertura a plazas de residencia, plazas de convalecencia, plazas de hospital de día, servicios de comidas, de higiene y atención fisioterapéutica.

La LÍNEA 5 se dirigió a la *mejora de la accesibilidad y la comunicación* a través de un conjunto integrado y coordinado de programas referentes al transporte (ambulancias, taxis, colectivo público), la comunicación (teléfono, telealarma y otros), el acceso a las nuevas tecnologías y las actuaciones municipales de accesibilidad.

Se ha realizado una consulta técnica para elaborar los planes municipales de accesibilidad de acuerdo con la normativa catalana, pero no ha llegado a materializarse en una propuesta concreta. En este caso quizá no fue suficiente

el grado de implicación de los ayuntamientos responsables de su ejecución y por otra parte no se coordinaron suficientemente las acciones para elaborar los planes y encontrar las fuentes de financiación necesarias. Debido a las dificultades de la orografía de estos territorios estas acciones son de gran importancia para la calidad de vida de las personas mayores, (a la vez que costoso), ya que la situación actual (subidas y bajadas, adoquines en el suelo) acentúa sus dificultades para relacionarse y realizar una vida activa. Este programa, que en las zonas rurales ocupa un lugar clave para la efectividad de los programas de mayores, no se ha logrado poner en marcha en los términos que estaba previsto pese a los esfuerzos realizados. Los motivos han sido varios, entre los principales los de carácter económico y los derivados de la responsabilidad civil que ha impedido optimizar los recursos existentes, como por ejemplo el transporte escolar.

El acceso de las personas mayores a las nuevas tecnologías, que ha sido reiteradamente solicitado por el colectivo, no se ha logrado implementar. A corto plazo está previsto ofertar un curso de iniciación a la informática, el cual puede empezar a abrir este campo a la gente mayor del territorio y está previsto instalar en el punto de encuentro algunos ordenadores, que podrían compartir con los niños de los pueblos.

En el ámbito de la comunicación el programa ha estado plenamente operativo y ejecutado en buenas condiciones. Por un lado, se ha instalado la telealarma en colaboración con Cruz Roja y además la Fundación ofrece a las personas mayores un “teléfono de asistencia” 24 horas al día.

LÍNEA 6: Todas estas actuaciones requieren la *plena participación cívica*, mediante la creación de consejos municipales y la adecuación de los centros cívicos municipales. La colaboración de las personas mayores en la elaboración de propuestas de actividades, así como su participación, son elevadas y se ajustan a las expectativas fijadas por el plan piloto. En general dichas actividades han tenido muy buena aceptación y la valoración es satisfactoria. Por otro lado, la creación de los consejos municipales de participación se ha visto consumada con la constitución del consejo de las personas mayores. En cambio, no se han realizado las adaptaciones previstas en los centros cívicos municipales, en los que desde el punto de vista material persisten importantes barreras arquitectónicas y funcionalmente todavía es insuficiente la coordinación de las actividades.

LÍNEA 7: *la solidaridad intergeneracional*, que incluye la potenciación de la buena vecindad tradicional y de la acción voluntaria. Hay que decir que existía una red informal de personas (mujeres mayoritariamente) que hacían y llevaban comidas a las vecinas que tenían dificultades para hacerlas, personas que, por ejemplo, ayudaban a una señora mayor ciega en la recogida de la basura, entrega de medicamentos.. Y también una asociación de jóvenes de uno de los pueblos se encargaba de organizar actos y conciertos con las personas mayores.

Finalmente, este plan contribuyó también al resurgimiento de *unos pueblos vivos*, LÍNEA 8, que permitía la incorporación de los jóvenes, asegurando la continuidad de las explotaciones agrarias y la implantación de nuevos cultivos a la optimización de los recursos naturales y patrimoniales.

TABLA 9. LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y PROGRAMAS

<i>Línea 1. Dispositivo potente de referencia</i>
<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Creación de una fundación. 1.2. Establecimiento de un catálogo de servicios. 1.3. Coordinación de la red de servicios, de ayudas y de actuaciones. 1.4. Sistema de información y comunicación. 1.5. Establecimiento de un observatorio de detección y de seguimiento. 1.6. Plan económico-financiero y de gestión. 1.7. Programa de ventanilla única de información y de gestión. 1.8. Banco de ayudas técnicas. 1.9. Aproximación de los servicios sociales a las personas mayores.
<i>Línea 2. Vida digna y autónoma</i>
<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Garantizar un mínimo vital. 2.2. Deducciones y exenciones fiscales. 2.3. Adecuación de la vivienda y las ayudas técnicas. 2.4. Información sobre la mejora de la calidad de vida a través de los equipamientos básicos (agua caliente, calefacción, teléfono...) y mediante determinados servicios, así como sobre la colaboración en su financiación. 2.5. Vigilancia del respeto a los valores transcendentales de las personas mayores.
<i>Línea 3. Envejecimiento saludable y activo</i>
<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Educación para la salud. 3.2. Protocolo de coordinación con el centro de atención primaria de salud. 3.3. Programa de urgencias. 3.4. Programa de atención domiciliar socio-sanitaria. 3.5. Vigilancia de la nutrición e higiene adecuada de las personas mayores.
<i>Línea 4. Un lugar de vida en su entorno</i>
<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Rehabilitación de las viviendas. 4.2. Viviendas compartidas. 4.3. Red de viviendas tuteladas (residencia virtual). 4.4. Programa de atención domiciliar integral. 4.5. Estudio sobre posibilidades de vitalicios y otros seguros.
<i>Línea 5. Accesibilidad y comunicación</i>
<ul style="list-style-type: none"> 5.1. Programa integral y coordinado de transporte: ambulancias, taxi público colectivo. 5.2. Comunicación: teléfono, telealarma y otros. 5.3. Acceso a nuevas tecnologías. 5.4. Programas municipales de accesibilidad.
<i>Línea 6. Participación cívica</i>
<ul style="list-style-type: none"> 6.1. Consejos municipales de participación. 6.2. Consejo asesor del Plan piloto. 6.3. Adecuación de los centros cívicos municipales.
<i>Línea 7. Solidaridad intergeneracional</i>
<ul style="list-style-type: none"> 7.1. Programa de buena vecindad para las personas mayores solas. 7.2. Voluntariado.
<i>Línea 8. Por unos pueblos vivos</i>
<ul style="list-style-type: none"> 8.1. Potenciar la continuidad de las explotaciones agrarias y la implantación de nuevos cultivos. 8.2. Facilitar la incorporación de los jóvenes y de nuevos habitantes al pueblo. 8.3. Optimización de los recursos naturales y patrimoniales. 8.4. Relación con los pueblos vecinos de Francia. 8.5. Potenciar las actuaciones coordinadas de los servicios y actividades.

Resultados de la evaluación global

Los datos que aparecen en las memorias de la Fundación, de los tres años analizados (2002, 2003 y 2004), muestran un balance favorable con respecto a los objetivos iniciales, como se desprende de la relación entre el número de acciones y de actividades realizadas y la población de los municipios participantes. El contacto de la dinamizadora social con las personas mayores y sus familias ha sido intenso –casi exhaustivo–, utilizando para ello todos los medios posibles: llamadas telefónicas, visitas a la sede del punto de información o desplazamiento a domicilio. Se observa, además, que durante el periodo analizado persiste la alta intensidad de los contactos. Por otra parte, además de estas acciones, se realizaron actuaciones especialmente significativas, como las que se refieren al acompañamiento y las relativas a las gestiones de diversa índole (tramitación de documentos, ayudas, etc.). También la dimensión colectiva adquirió con el plan un gran dinamismo que se tradujo, por una parte, en la asistencia e intervención en múltiples encuentros, jornadas y actividades, y por otra permitió establecer relaciones con otras entidades. Todas estas actividades tenían como soporte la acción voluntaria, que durante este periodo procuró organizarse y extenderse.

TABLA 10. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS

CONCEPTOS		2002	2003	2004
<i>1. Actividades individuales</i>				
Atención telefónica	Llamadas recibidas	118	153	148
	Llamadas efectuadas	142	161	152
Visitas recibidas	Visitas	156	331	357
	Personas atendidas	70	73	91
Visitas a domicilio	Visitas	279	537	489
	Familias visitadas	72	107	132
Tramitación de documentos (personas)			52	15
Gestiones diversas (personas)			25	30
Atención domiciliaria (familias)			10	3
Servicio pedicura		44	NC	NC
<i>2. Actividades colectivas</i>				
Asistencia e intervención en actividades y encuentros			17	22
Relaciones con otras entidades			13	13
Voluntariado (personas)			-	24
<i>3. Estudios y formación</i>				
Estudios			1	-
Formativas (participantes)			-	23
<i>4. Organización</i>				
Coordinación con servicios sociales (nº reuniones)		11	9	13
<i>5. Creación de órganos y servicios</i>				
Consejo de las personas mayores			si	
Punto de encuentro				si
<i>6. Soporte institucional</i>				
Número de entidades públicas y privadas			10	10

Fuente: Datos de las memorias del Servicio de atención a personas mayores de la Fundación Mare de Déu del Camp

Además queremos señalar, como elementos de evaluación positiva, la constitución del Consejo de personas mayores y el Punto de encuentro. El Consejo de las personas mayores había participado desde el primer momento; se constituyó formalmente en un órgano de participación y con funciones importantes en el diagnóstico de las necesidades, en la toma de decisiones, en el seguimiento y la evaluación de resultados e incluso en la gestión de algunos programas. El Punto de encuentro se formalizó como un lugar donde las personas mayores pueden realizar exposiciones, conferencias, actividades formativas y lúdicas; se trata de un espacio abierto, gestionado por ellos mismos y equipado con la colaboración de una entidad bancaria.

De la evaluación final, hecha de forma colectiva, destacamos los siguientes puntos:

1. *Fortalezas del programa:*

- El trabajo realizado con los responsables institucionales, la buena disposición que han manifestado y cómo lo han asumido desde sus tareas institucionales.
- La creación de grupos (expertos externos, técnicos, gente mayor) para el trabajo horizontal.
- La participación de los beneficiarios del plan desde el principio del trabajo.
- La alta participación de las instituciones, de los profesionales del ámbito de la salud y de la gente mayor.
- La creación de una Fundación para gestionar todo el programa, agiliza procesos, asegura la continuidad del trabajo coordinado de los tres pueblos y permite recoger ayudas y vitalicios más fácilmente.
- El acierto en la persona contratada para dinamizar el programa.
- La incorporación de buenas practicas en el territorio, siendo a su vez innovadoras.

2. *Propuestas de mejora:*

- El tema de las barreras arquitectónicas debería resolverse del todo, especialmente en uno de los pueblos y por lo que se refiere a la movilidad, garantizando así la continuidad en la aplicación de los programas.
- El medio de transporte es un tema recurrente en los pueblos rurales y de difícil solución desde los mismos, convendría gestionarlo desde los consejos comarcales.
- Es necesario implicar más a los profesionales de base y cambiar rutinas, dado que hay que trabajar en colaboración con ellos.
- Creación de un centro multifuncional para dar respuesta a las diferentes necesidades.
- El abandono del plan por parte de la universidad disminuyó la intensidad en la coordinación del trabajo.

Conclusiones

A modo de conclusiones nos proponemos señalar los elementos de reflexión que nos parecen de mayor interés para orientar futuras iniciativas en este ámbito.

A la vista de lo expuesto, podemos afirmar que asumir un enfoque de investigación–acción–participativa con una metodología participativa y cualitativa frecuente en la planificación estratégica permite elaborar propuestas innovadoras que ayudan a cohesionar la comunidad, incrementan la participación social (no sólo de las personas mayores), fomentan las relaciones interpersonales y, en definitiva, promueven el envejecimiento activo y saludable. Existen partes del estudio de gran nitidez que muestran que el camino participativo adoptado, centrado en la dignidad de las personas mayores y la diferencia rural, es facilitador de la innovación en la atención a las personas mayores. Y otras partes muestran que los elementos del contexto pueden actuar como dificultadores de la experiencia.

Para trabajar desde esta perspectiva es necesario disponer de la capacidad para recabar complicidades y colaboraciones por parte de entidades públicas (ayuntamientos implicados, Consejo Comarcal, Diputación Provincial, Generalitat de Catalunya, Universidad de Girona) y privadas (fundaciones privadas, obispado, cajas y entidades bancarias, etc.). Al desarrollar un plan de estas características es importante tener en cuenta a las administraciones que ya trabajan en el territorio. Las propuestas innovadoras implican, entre otras cosas, modificar los hábitos sociales y las inercias de las diferentes administraciones, flexibilizar los rígidos modelos de atención a las personas mayores en sus versiones mayoritariamente urbanas, asumir las prácticas participativas y las propuestas innovadoras que pueden colisionar con las costumbres y los estatus profesionales instituidos, y considerar cómo la proximidad, supuestamente una ventaja, puede devenir en dificultades prácticas cuando se trata, por ejemplo, de acceder a servicios especializados.

En lo que se refiere al ámbito organizativo, la planificación, la categorización particular y técnica de los programas deben realizarse de forma flexible para asumir los cambios derivados de la dinámica de implementación. En un plan de estas características es necesario realizar una definición operativa del plan exhaustiva, definir las competencias y necesidades de recursos requeridos para facilitar el trabajo del día a día de los gestores de los distintos programas, y elaborar indicadores operativos de evaluación para ayudar en el seguimiento y la evaluación precisa del proceso y de los resultados. Además resulta imprescindible establecer tareas claras y definidas para ajustar las figuras profesionales que intervienen en la implementación de los programas. Estos profesionales deben estar capacitados para realizar una intervención multidisciplinar, desde equipos multidisciplinares, que tiene como objetivo el estudio de los aspectos de un problema desde una perspectiva transversal y que busca comprender la situación partiendo de múltiples puntos de vista con una aproximación flexible y adaptada al contexto. El buen funcionamiento de estos equipos no va a depender ni del número de profesionales que los integren, ni del grado de preparación de cada profesional en su materia concreta, sino de la capacidad de obtener una visión integrada de aquello sobre lo que se pretende actuar, de lo que se debe hacer; de modo que el éxito dependerá de la capacidad de trabajar cooperativamente en grupo.

Dadas las características de los contextos rurales, baja densidad de población y alto índice de diseminación, hay que desarrollar estrategias que permitan potenciar la participación social de las personas mayores y de los demás colectivos. En el contexto rural la intervención dirigida exclusivamente a un colectivo, en nuestro caso las personas mayores, carece de relevancia. Son las intervenciones dirigidas a toda la comunidad las que resultan adecuadas. De esta forma además de, entre otras cosas, potenciar el envejecimiento activo, implicando a personas mayores en su entorno social, y mejorar la autoestima de los mayores, siendo y sintiéndose valorados y útiles, se consigue también incrementar la participación social de otros colectivos en el desarrollo social y económico de la zona. Para ello es necesario desarrollar programas que incorporen a toda la comunidad en la organización, definición e implementación de los mismos.

En este sentido, nuestro plan pone de manifiesto la necesidad de pensar o repensar los servicios que se ofrecen en los contextos rurales y su organización. Nuestra experiencia aporta información relevante para defender la definición de servicios que se diseñen para atender las necesidades de la comunidad, no de colectivos particulares o de necesidades específicas, y potenciar la creación de centros polivalentes y multiservicios con equipos multidisciplinares. De esta forma podemos asegurar, en el colectivo de los mayores, su permanencia en el entorno y, al tiempo que damos respuesta a su deseo de envejecer en su domicilio, mejorar su calidad de vida y la de las familias que los cuidan.

Para finalizar, el desarrollo de experiencias como la presentada brevemente en este artículo permite estimular a las personas mayores para abandonar actitudes de pasividad y desvinculación social impuestas por las condiciones sociales y culturales en las que han vivido la mayor parte de su vida adulta. Las personas actualmente mayores han vivido su vida adulta en un contexto social que no potenciaba ni el asociacionismo, ni los comportamientos participativos, ni las relaciones intergeneracionales, y que tenía como valor preponderante la productividad. Experiencias como la que hemos presentado tienen la virtud de generar un contexto de desarrollo para las personas mayores, que aprenden cosas nuevas y pueden continuar su desarrollo con plenitud, y para las nuevas generaciones, que aprenden el valor de crear y mantener estilos de vida saludables y desarrollar actitudes favorables hacia el asociacionismo, los comportamientos participativos y las relaciones intergeneracionales.

El envejecimiento de la población de nuestras zonas rurales exige estudios particulares de sus características y la implantación de planes pilotos específicos de actuación para asegurar a nuestros mayores una vida digna, ya que muchos de los programas y servicios actuales diseñados desde ópticas urbanas, no sirven en estos casos. Deben evaluarse los planes y poner de manifiesto los aciertos y los fracasos, con el fin de encontrar unos modelos de atención liderados por nuestros mayores, en los que participen en su ejecución, seguimiento y evaluación con el fin de encontrar los caminos más adecuados para un envejecimiento saludable y autónomo. A tales efectos parece conveniente proponer la creación de redes de experiencias que permitan el intercambio de investigaciones y de realizaciones con el fin de avanzar en el diseño de planes de actuación sólidos adecuados a las necesidades de las personas que viven en zonas rurales.

REFERENCIAS

- Alustiza, A. & Pérez, J. (2005). Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, 14. Madrid: Observatorio de Mayores.
- Angelats, J., Franco, C., Monreal, P. & Vilà, A. (2002). Una experiència d'atenció a la gent gran en una zona rural. *Revista de Girona*, 213, pp76-83
- Borja, J. & Castells, M. (1997). *Local y Global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Edit. Taurus.
- Bradshaw, J. (1983). *Una tipología de la necesidad social*. En Generalitat de Catalunya. Instruments de Prospecció, 1, Barcelona.
- Colectivo IOÉ. (1993). *Investigación-acción participativa. Introducción en España*. Documentación Social, p 92. Madrid,
- Consell Comarcal de l'Alt Empordà (2005). Catálogo de servicios comarcales publicado en *El Consell Comarcal al servei de les persones i del territori*, Figueres.
- Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.
- Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el cual se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.
- Decreto Legislativo 4/2003, de 4 de noviembre, por el cual se aprueba el Texto refundido de la Ley de la organización comarcal de Cataluña.
- García-González, J. & Rodríguez, P. (2005). "Rompiendo Distancias" un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 40 (1), 22-33
- Guia, J. & Tubert, C. (2004). *Estudi d'avaluació del pla pilot d'atenció a la gent gran als municipis de Garriguella, Rabós y Vilamaniscla*. Fundació Mare de Déu del Camp. Documento no publicado
- Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social. (1986). *Programa Viure En Família*. Para ampliar la información ver: <http://www.gencat.net/benestar/icass/vf/>
- IDESCAT, Los datos referentes a Cataluña y España corresponden a 2003 y los de la Unión Europea a 2001.
- IMSERSO (2000). *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Observatorio de Personas Mayores, Vol. I, pp. 59 y 60.
- IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*, p. 65. Madrid.
- IMSERSO 2005. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,
- Ley 39/2006, de 14 diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las personas en situación de dependencia.
- Llei 22/2000, de 29 de desembre, d'acolliment de persones grans. DOGC núm. 3304.
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. DOGC núm. 4990.
- Márquez, V. & Pomar, F.J. (2002). La planificación en Servicios Sociales. En T. Fernández García & A. Ares *Servicios Sociales: Dirección y Gestión* (pp.57-71). Madrid: Alianza Universidad.
- Sánchez Alonso, M. (2004). *La participación. Metodología y practica*, Madrid: Editorial Popular.
- Rodríguez, P. (1995). La investigación-acción-participativa (IAP) como estímulo de la participación de las personas mayores y del voluntariado social. Primera parte. En Rodríguez, P. y Colectivo IOÉ. *Voluntariado y personas mayores. Una experiencia de IAP*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, P. (2005). Rompiendo distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(1), 22-33.
- Triadó, C. & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Vilà, A. (2001). Normativa autonómica para personas mayores. En Martínez Maroto, A. (Coord.), *Gerontología y derecho* (pp. 25 y ss.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Vilà, A. (1997). La organización comarcal de Cataluña: aplicación a los servicios sociales. *Revista Área Social*, 0, 51-77. Cuenca: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Castilla-La Mancha.