

VIURE A CASA O COM A CASA: MODELS PER A LES PERSONES GRANS DIFERENTS DE LES RESIDÈNCIES TRADICIONALS

Viure a casa o com a casa: models per a les persones grans diferents de les residències tradicionals

Miren Fernández-de-Álava
Josep Lluís Oliver Torelló
Juan Manuel Martínez Álvarez

Resum

S'inicia l'article amb un breu repàs a l'evolució històrica recent del tractament residencial dirigit a les persones grans per arribar a determinar quin és l'estat de la qüestió en relació amb el paradigma residencial que els autors consideren que ha d'orientar les polítiques residencials en el futur immediat.

En aquest article presentem, doncs, alternatives als models de residències tradicionals per a persones grans. Aquestes alternatives són l'atenció centrada en la persona, les unitats de convivència, el model *housing* i l'atenció basada en el domicili. L'evolució del tractament residencial en determinades situacions, que afecten un bon nombre de persones grans, ha sofert una ràpida evolució. En el document que es presenta s'exposa l'estat de la qüestió actual.

Resumen

Se inicia el artículo con un breve repaso a la evolución histórica reciente del tratamiento residencial dirigido a las personas mayores para llegar a determinar cuál es el estado de la cuestión en relación con el paradigma residencial que los autores consideran que tiene que orientar las políticas residenciales en el futuro inmediato.

En este artículo presentamos alternativas a los modelos de residencias tradicionales para personas mayores. Dichas alternativas son la atención centrada en la persona, las unidades de convivencia, el modelo *housing* y la atención basada en el domicilio. La evolución del tratamiento residencial en determinadas situaciones, que afectan a un buen número de personas mayores, ha sufrido una rápida evolución. En el documento que se presenta se expondrá el estado de la cuestión actual.

1. Introducció

En la segona meitat dels anys vuitanta, a les illes Balears, s'inicia la construcció d'un sistema de serveis socials que havia de modernitzar l'obsolet i desigual tractament que es feia de les necessitats socials en el període predemocràtic anterior (Ballester i Oliver, 2004). Tot i l'existència d'una ferma voluntat planificadora per part del Consell de Mallorca (Consell de Mallorca, 1990), aquest procés cursà amb importants factors que interferiren el plantejament tecnocràtic i basat en el model inicial i del moment que no era altre que el de la planificació estratègica. Un dels sectors que, en la seva planificació, es varen veure molt afectats per aquests factors, no estrictament tècnics, va ésser el de la gent gran. El pes polític d'aquest col·lectiu no era ignorat per ningú i aquest va ésser un factor de rellevància en la configuració del sistema d'atenció a les persones

grans. El marc normatiu i regulador a nivell autonòmic, el fixava la Llei d'acció social de 1987, la Concertació del Pla, del Pla de Prestacions Bàsiques, i el Decret 244/1999, de 26 de novembre, pel qual es regula l'Estatut Bàsic dels centres de persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials. A més, s'ha de tenir en compte que, des dels orígens del sistema la iniciativa privada i l'acció concertada foren també importants factors d'incidència en la planificació el sector. El resultat de tot això fou que el sistema cresqué de forma desigual.

A l'Estat, un dels primers elements que demostraven una certa intenció planificadora vingué el 1971, de la mà del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos. Aquell pla tenia un marcat caràcter contributiu, ja que s'havia pensat en funció dels pensionistes i jubilats de la Seguretat Social, és a dir, els anteriors treballadors afiliats i cotitzants de la Seguretat Social. Aquell pla centrava tota l'atenció en les persones grans abans esmentades en dues línies d'actuació:

1. l'acció directa de la Seguretat Social, destinada a la creació d'actuacions i recursos d'ajuda a domicili, clubs, residències, sanatoris geriàtrics de rehabilitació i residències assistides, i
2. l'acció concertada per a la promoció de la creació d'unitats geriàtriques a càrrec d'entitats públiques o privades.

Ja al final dels anys vuitanta, tot seguint la tendència que ja feia anys que s'havia instaurat en molts de països d'Europa, es començà a considerar que l'atenció residencial podia esser contrarestada per enfocaments centrats en l'acció comunitària, que planteja que l'atenció a domicili és millor opció que la generalització del model institucional. En aquest canvi de paradigma assistencial inflüiren no només les esteses corrents desinstitucionalitzadores que afectaren també de forma notable els serveis de protecció de menors, de persones amb discapacitat i salut mental (Foucault, 1978; Goffman, 1970), sinó també consideracions relacionades amb l'elevat cost del model residencial i la seva sostenibilitat. Una reflexió interessant de l'època sobre això la podem trobar en l'article de Pía (1992), en el qual ja s'apuntaven determinats aspectes que avui encara estan en vies de desenvolupament:

Deben propiciarse servicios alternativos de apoyo a la familia y al anciano/a que vive y quiere vivir solo. Para ello se debe ampliar la red de servicios de ayuda a domicilio, los teléfonos alarma, facilitar información sobre los pisos compartidos, las familias de acogida, etc., es decir, como formas alternativas a la residencia y adaptadas a la sociedad actual... Son necesarias políticas específicas para cada grupo de edad, con diferencia de sexo, especialmente para las mujeres ancianas, más vulnerables, más propensas a ser pobres, a enviudar, a tener limitaciones funcionales y a pasar los últimos días de su vida solas o en una residencia. (pp. 134-135).

Òbviament, i a diferència d'altres països del centre i nord d'Europa, a l'Estat espanyol, les famílies havien estat i seguien essent el puntal sobre el qual se sustentava l'atenció principal a les persones grans. Els poders públics consideraren important aprofundir en aquest model no institucionalitzador, tot i que, per motius de diversa índole, no s'ha consumat la transformació del model cap a l'especialització de les residències en centres només per persones amb importants necessitats relacionades amb la seva autonomia i dependència.

En aquest article presentem alternatives als models de residències tradicionals per a gent gran perquè, com apunten Martínez, Díaz-Veiga, Sancho i Rodríguez (2014), el primer pas és conèixer la persona i potenciar-ne l'autodeterminació, és a dir, que la persona sigui agent causal de la seva vida. Es tracta, doncs, d'alternatives que ofereixen suport a la gent gran sense oblidar les seves capacitats i els seus valors, i respectar que puguin tenir el control de la seva vida i cures habituals (ibídem). Podríem afirmar que el que es propugna constitueix el pas d'un paradigma quantitatiu a un altre de qualitatiu. De la preocupació «inicial» del sistema per dotar de places residencials tota la població amb necessitats relacionades amb l'autonomia i la residència, s'està passant, de forma lenta però progressiva, a una consideració d'aquestes necessitats que té un doble efecte. D'una banda, en la dimensió institucional, pot disminuir la pressió sobre l'administració per a la construcció de residències i, de l'altra, suposa l'aplicació d'un model més centrat en consideracions «domèstiques o quotidianes», en el sentit que es prima la permanència de les persones grans en el seu context habitual i natural de residència, tot realitzant les adaptacions que es considerin necessàries per tal d'atendre les necessitats que les diverses situacions de salut i autonomia d'aquestes persones presenten. Per suposat, aquest model no podrà acabar mai amb les residències, però n'implica la reconversió en residències centrades en la prestació d'atenció a les necessitats amb graus importants de dependència i amb severes limitacions de la seva capacitat d'autonomia.

En el sentit exposat, doncs, explicarem el model d'atenció centrada en la persona (ACP); clau per a la millora de la qualitat assistencial de les persones grans, com així s'ha demostrat en països que compten amb polítiques sociosanitàries avançades (p. e. Austràlia, França i el Regne Unit) (García, 2015; Martínez, 2013), perquè aposten per entorns càlids i accessibles, activitats significatives, relacions familiars, proximitat amb la comunitat i flexibilitat organitzativa (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015). Per tenir una visió més centrada en l'ACP, presentem el projecte Etxean Ondo, finançat pel Departament de Treball i Polítiques Socials del Govern Basc i desenvolupat en diferents centres gerontològics.

Posteriorment, centrem l'atenció en les unitats de convivència. Dirigides a persones en situació de dependència, es regeixen pel respecte a l'intimidat, les preferències i els drets, sense perdre de vista que han de ser una extensió del seu entorn domèstic (Díaz-Veiga,

Martínez, Sancho i Rodríguez, 2014). No podem obviar el model *Housing* i l'atenció basada en el domicili per a totes aquelles persones que volen residir a casa seva i, consegüentment, en el seu entorn, i que volen tenir el control de les seves vides i de les seves decisions.

Finalment, determinarem alguns principis que, al nostre parer, han de fonamentar les polítiques residencials d'atenció a les persones grans en el futur proper.

2. L'ACP

En els últims anys, el sector dels serveis d'atenció a persones grans aposta per l'ACP —en anglès, Person-Centred Care (PCC)— per diferents raons com (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015): (i) el manteniment del control en el seu entorn; (ii) el manteniment de les seves cures i de la seva vida quotidiana, i (iii) la promoció del seu benestar. De fet, l'autonomia —la capacitat i el dret per decidir sobre la pròpia vida— és considerada l'element fonamental de l'atenció quotidiana i la gestió del servei es regeix per la qualitat de vida de les persones (Martínez, 2010a, 2010b, 2013). La participació constitueix un altre eix del model que García (2015) denomina «tercer paradigma» en l'atenció residencial de les persones grans. La participació, per a l'autor esmentat, és part de l'envelliment actiu, que deriva del foment de l'autonomia personal. Per això, les persones grans són part activa en la determinació de com i on volen viure. Ningú no coneix les seves necessitats tan bé com els interessats mateixos.

En esta tendencia, o tercer paradigma, los mayores buscan vivir en alojamientos apropiados y autónomos con instalaciones comunes y oportunidad para los usuarios de compartir las actividades diarias y ayudarse mutuamente. Aprecian principalmente la combinación vida *privada*, las instalaciones *comunes* y las actividades *compartidas*. (García, 2015, p. 16).

L'enfocament anterior integra un plantejament arquitectònic amb determinades consideracions socials. Malgrat el que s'ha comentat, el desenvolupament més extrem d'aquest enfocament centrat en la persona el trobaríem en un model, futur, en el qual les adaptacions arquitectòniques necessàries es fan en el propi habitatge, en el qual resideix la persona gran i alhora es respecta o es fomenta la seva xarxa de relacions socials, així com la seva participació social. El desenvolupament màxim d'aquest paradigma suposaria restringir les residències a persones amb greus dependències i necessitats d'assistència i/o suport continuat.

Per tant, es tracta d'un model que dista dels fonaments dels models de cures tradicionals (p. e., l'atenció uniformada a partir de classificació de malalties o dependències), i que aposta per augmentar la qualitat de l'atenció a partir de totes aquelles dimensions relacionades amb la qualitat de la vida. Per a la seva implementació, es requereix: (i)

reconèixer la singularitat i el valor de les persones grans; (ii) potenciar les capacitats, i (iii) recolzar l'autodeterminació (ibídem).

Un exemple del model d'ACP el trobem al País Basc. Es tracta del projecte Etxean Ondo finançat pel Departament de Treball i Polítiques Socials del Govern Basc. Amb l'objectiu que les persones grans se sentissin com a casa, es van dissenyar ambients casolans, segurs i accessibles mitjançant l'adequació dels espais físics, de l'equipament i de la decoració en aquells centres que podien adaptar-se (p. e., per mida i per distribució). Per aconseguir que la gent gran sentís l'espai com a propi, es van incorporar mobles i elements individuals significatius (vegeu les fotografies).



Font de les fotografies: Díaz Veiga et al. (s. d.)

Els centres que hi varen participar —

Centre Gerontològic Lamourous, Centre Gerontològic Rezola i Centre Gerontològic Fraisoro (Díaz Veiga et al., s. d.)— van augmentar la ràtio d'auxiliars, van formar permanentment —sobre el model d'ACP i el treball en equip— els seus treballadors, van desenvolupar sessions formatives individualitzades i van organitzar-se al voltant del desenvolupament quotidià de la gent gran. Tot i que es tractava d'un projecte pilot, van obtenir resultats molt positius, ja que van desenvolupar les seves intervencions d'acord als desitjos, preferències, etc., de la gent gran; van constatar millores de la independència, qualitat de vida i satisfacció de la gent gran; van veure un descens de l'absentisme laboral i un augment de la satisfacció personal i laboral dels treballadors; i van observar una millor satisfacció de les famílies per aquest nou model versus l'antic model d'atenció (Díaz Veiga et al., s. d.).

3. Les unitats de convivència

Com comentàvem amb l'ACP, el compromís per establir altres models per a les persones grans, diferents de les residències tradicionals, porta a la creació de les unitats de convivència als països nòrdics, les quals s'estengueren a altres indrets d'Europa, com Alemanya,

Bèlgica, França i el Regne Unit (Martínez, 2013). Podem caracteritzar-les com aquelles on viuen persones grans, en situacions de dependència, i que reben els suports necessaris per al desenvolupament de la seva vida quotidiana (Díaz-Veiga, Martínez, Sancho i Rodríguez, 2014). D'acord amb aquestes últimes autores, se cerca una doble qualitat: de les cures de la salut i d'atenció. És a dir, es potencia la preservació de la dignitat i dels drets de les persones grans a partir d'una atenció personalitzada i la seva participació en el seu pla d'atenció i de vida.

Les unitats de convivència poden trobar-se en blocs residencials, domicilis independents o centres residencials per a gent gran. Ara bé, si no són cases independents s'aconsella tenir en compte: (i) la vinculació amb l'espai exterior (per ser terapèutic); (ii) la promoció de la interacció social; (iii) la creació d'ambients on es produeixin relacions interpersonals; (iv) l'estimulació dels sentits, i (v) la consideració d'espais individuals i que responguin a les necessitats individuals. Les 9-15 persones que viuen a les unitats de convivència, amb 2 o 3 cuidadors per torn de treball, tenen a la seva disposició espais comuns com la cuina, el menjador i la sala d'estar, i espais privats, com la seva habitació i el lavabo. A més d'aquest disseny físic i arquitectònic per salvaguardar el sentiment d'estar com a casa, les rutines, els horaris i les activitats individuals també es mantenen (ibídem).



Font de la fotografia: Díaz-Veiga, Martínez, Sancho i Rodríguez (2014)

4. El model *Housing* i l'atenció basada en el domicili

El projecte Futurage proposava, a 10-15 anys vista, diferents innovacions relatives a la cura de les persones i, en concret, a la permanència en l'entorn, conegut com *Housing*. L'interès de les persones per residir a casa seva i, consegüentment, en el seu entorn, i amb el control de les seves vides i decisions, potencia la focalització en mesures com l'atenció domiciliària i sociosanitària; els serveis de proximitat i de suport; el suport de família i d'altres persones properes; la teleassistència i la inclusió (Rodríguez, 2011; Rodríguez, Bermejo, Marín i Valdivieso, 2012).

Autors com Mansell, Knapp, Beadle-Brown i Beecham (2007), Patmore (2002) i Wieland, Boland, Baskins i Kinoshian (2010) afirmen que l'atenció basada en el domicili, a més d'evitar la institucionalització, aporta beneficis individuals (p. e., en la qualitat de vida) i socials (p. e., cost-benefici). De fet, aquesta relació cost-benefici desperta interès com pot comprovar-se en diferents estudis, com Kok, Berden i Sadiraj (2015) —que comparen els costos d'atenció residencial amb els costos d'atenció domiciliària a Holanda i proven que, tot i que la primera és més cara per a la societat, els sistemes de pagaments estimulen l'accés a l'atenció residencial— i Chappell, Havens, Hollander, Miller i McWilliam (2004) —que varen avaluar la relació cost-eficàcia de l'atenció domiciliària de la gent gran com a alternativa als serveis institucionals de Canadà i demostraren que els costos de l'atenció domiciliària són significativament més baixos que els de l'atenció residencial.

5. Conclusions

Aquest article té per objectiu proporcionar altres models d'allotjament per a gent gran, tots ells alternatius als models de residències tradicionals. Si bé en alguns països europeus com França o el Regne Unit tenen experiències més consolidades, a Espanya encara ens queda camí per recórrer. Com bé apunta Martínez (2013), encara hem de construir nous models d'atenció gerontològica, amb tots els reptes que comporten. Per exemple, en els models de gestió i organització dels centres, en les normatives (inspecció o acreditació) i polítiques nacionals i locals, i en el disseny físic i arquitectònic. De fet, no s'ha de passar per alt aquest darrer aspecte, perquè s'ha constatat que el disseny càlid i casolà —en contra dels dissenys rígids i uniformes— té un impacte molt positiu sobre el benestar dels residents i sobre les seves relacions (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015).

L'ACP constitueix un gran avanç per al foment d'un model centrat en la persona i no pas en el servei. Per això no podem perdre de vista aquestes recomanacions a l'hora d'implementar l'ACP (Martínez, s. d.): (i) totes les persones tenim dignitat, amb independència de l'edat, les malalties, l'estat cognitiu i el grau de dependència; (ii) totes les persones som úniques i cadascuna té el seu projecte vital, i requereix una atenció personalitzada; (iii) la biografia és l'essència de la singularitat i ha de ser el referent bàsic del pla d'atenció i de vida; (iv) el dret a exercir el control sobre la vida pròpia, és a dir, que s'ha de potenciar l'autonomia de la gent gran i se'ls han de proporcionar oportunitats i suports perquè tinguin control sobre la seva vida i sobre el seu entorn; (v) el dret a exercir la seva autonomia per part de les persones amb greus afectacions cognitives; (vi) totes les persones tenim forteses i capacitats (no només dèficits i limitacions); (vii) l'ambient físic, sobretot per a les persones en situació de dependència pel seu impacte en el benestar; (viii) l'activitat quotidiana amb sentit, que estimuli, que sigui agradable i que faci sentir bé les persones grans; (ix) totes les persones som interdependents, és a dir, els professionals, la família, els amics i els cuidadors són agents claus per a l'autodeterminació, el benestar físic i el benestar

subjectiu, i (x) totes les persones, especialment les grans, estem subjectes a canvis per la conjunció d'aspectes biològics, psicològics i socials, la qual cosa requereix una atenció integral, coordinada i flexible.

No volem deixar d'esmentar que el model proposat no es limita a plantejar determinades intervencions arquitectòniques. La permanència de les persones grans en contextos «naturalistes» ofereix moltes oportunitats d'actuacions socials, socioeducatives, assistencials i comunitàries. Possibilitar que les persones grans puguin romandre en el seu context habitual i natural implica que poden seguir essent agents actius i participatius, cada un en la mesura de la seva voluntat i possibilitats. D'aquesta forma, articulant un model que actuï en el sentit esmentat, les persones grans poden aportar un potencial impagable a la vida comunitària i fins i tot a la satisfacció de moltes necessitats que, des d'un plantejament basat en la comunitat, enriqueixen tots els membres que hi participen.

Referències bibliogràfiques

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

Chappell, N. L., Havens, B., Hollander, M. J., Miller, J. A. i McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *Gerontologist*, 44(3), 389-400.

Consell de Mallorca (1990). *Bases per a la planificació de l'acció social a Mallorca*. Palma: Consell de Mallorca.

Díaz-Veiga, P., Martínez, T., Sancho, M. i Rodríguez, P. (2014). *Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda*. Recuperat de: goo.gl/qHdPHG

Díaz Veiga, P., Orbegozo, A., Garate, M., Quintas, J., Beraza, G. i Suarez, N. (s. d.). *Proyecto Etxean Ondo. Unidades de convivencia y centros de día*. Recuperat de: goo.gl/4YrQMk

Foucault, M. (1978). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.

García, H. (2015). Modelos de alojamiento para personas mayores: orígenes, evolución y tendencias. *Actas de coordinación sociosanitaria*, 15(5), 81-100.

Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kok, L., Berden, C. i Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*, 16(2), 119-131.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. i Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

Martínez, J. M. i Roig, S. (2012). El curiós cas del centre de dia premiat. Una mirada a l'arquitectura sociosanitària de les Balears. A M. C. Orte (Dir.), *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012* (pp. 489-517). Palma: Càtedra de l'atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal / Universitat de les Illes Balears / Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.

Martínez, T. (2010a). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Recuperat de: goo.gl/APNSBk

Martínez, T. (2010b). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, T. (s. d.). *La atención centrada en la persona*. Recuperat de: goo.gl/8KY9RL

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. i Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos Prácticos*. Recuperat de: goo.gl/Ns3s1k

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. i Rodríguez, P. (2014). *Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. El plan de atención y vida*. Recuperat de: goo.gl/iABXcB

Patmore, C. (2002). *Towards flexible, person-centred home care services. A guide to some useful literature for planning, managing or evaluating services for older people*. Recuperat de: goo.gl/zQ41nr

Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135.

Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Recuperat de: goo.gl/oHyCpr

Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J. M. i Valdivieso, C. (2012). *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación* (3a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Wieland, D., Boland, R., Baskins, J. i Kinosian, B. (2010). Five-Year Survival in a Program of All-Inclusive Care For Elderly Compared With Alternative Institutional and Home- and Community-Based Care. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(7), 721-726.

Autors

MIREN FERNÁNDEZ-DE-ÁLAVA

Vitoria-Gasteiz (1985). Llicenciada en Traducció i Interpretació i doctora en Educació amb menció internacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Investigadora postdoctoral Juan de la Cierva del Ministeri d'Economia i Competitivitat al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. La seva recerca se centra, principalment, en els col·lectius vulnerables, la interculturalitat i els joves, la família, i el gènere. És membre de GIFES de la UIB.

JOSEP LLUÍS OLIVER TORELLÓ

Barcelona (1960). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció Ciències de l'Educació. Doctor en Pedagogia. Professor titular de Pedagogia Social de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Membre de GIFES de la UIB. En l'actualitat ocupa el càrrec de degà de la Facultat d'Educació de la UIB. La seva recerca se centra en l'atenció a les necessitats de la infància, la joventut i la família, la protecció de menors i la pobresa infantil.

JUAN MANUEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ

Madrid (1960). És arquitecte per l'Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de la Universitat Politècnica de Madrid. Des de 1989, és arquitecte del Patronat Municipal de l'Habitatge de Palma. Entre 2007 i 2010 fou gerent del Consorci de Recursos Socio-sanitaris i Assistencials de Mallorca i durant l'any 2011 va ser nomenat, després de la unificació dels consorcis insulars, gerent del Consorci de Recursos Socio-sanitaris de les Illes Balears. És coautor, amb Susan Roig, de diverses publicacions sobre patrimoni i medi ambient.