

**ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LA
DEPENDENCIA EN ESPAÑA. VEINTE AÑOS DE
HISTORIA Y UNA MIRADA HACIA EL FUTURO.**

*Autoras: Teresa Sancho Castiello. Vocal de ciencias sociales y del comportamiento.
Sociedad española de gerontología y geriatría.*

*Pilar Rodríguez Rodríguez. Directora general de atención a mayores, discapacitados
y personas dependientes. Principado de Asturias.*

**Artículo publicado en el nº monográfico de la Revista de Intervención Psicosocial
con motivo de la II AME. Colegio de Psicólogos, marzo, 21002**

ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. VEINTE AÑOS DE HISTORIA Y UNA MIRADA HACIA EL FUTURO.

Autoras: Teresa Sancho Castiello. Vocal de ciencias sociales y del comportamiento. Sociedad española de gerontología y geriatría.

Pilar Rodríguez Rodríguez. Directora general de atención a mayores, discapacitados y personas dependientes. Principado de Asturias.

Resumen

La celebración de la II Asamblea Mundial del envejecimiento es una buena oportunidad para revisar el camino andado en las dos últimas décadas en nuestro país. Se ofrece a continuación un breve análisis de los aspectos más sobresalientes sobre la evolución de la atención a las personas mayores dependientes en este período. Pero sobre todo, se formulan algunas propuestas de futuro que puedan convertir en realidad el lema de esta Asamblea: “Una sociedad para todas las edades”. La promoción de políticas sociales intergeneracionales, el desarrollo de la solidaridad pública como única vía posible para mantener la solidaridad familiar, la prevención de la dependencia y la participación de las personas mayores en los procesos que les afectan son algunos de los aspectos que se proponen en este trabajo. Estas y otras iniciativas se deberán desarrollar en el marco de un sistema de protección social a la dependencia, cuya implantación constituye una de las decisiones políticas de mayor importancia para los próximos años. Una de las conquistas sociales más importantes del siglo XX ha sido el envejecimiento de la población, junto con la evolución del rol social de las mujeres. El cruce de ambos fenómenos está generando cambios profundos en nuestra estructura social y nuevas necesidades de protección a las que los poderes públicos han de responder con agilidad, para que desde los comienzos de este siglo XXI se pueda garantizar un envejecimiento de calidad.

La I Asamblea Mundial del Envejecimiento (AME) se celebró en Viena en el año 1982. Era un momento clave para la historia de la protección social en España: trabajábamos en la consolidación de una añorada democracia, tras casi 40 años de dictadura; disfrutábamos de una recién estrenada Constitución en la que se recogían por primera vez los derechos específicos de las personas mayores; y, sobre todo, la mayoría participábamos de una gran ilusión y expectativas por construir una sociedad del bienestar en la que el desarrollo de los servicios públicos estaba en el centro de nuestras aspiraciones.

El propósito de esta colaboración es aportar una somera revisión de lo realizado en nuestro país a lo largo de estas dos décadas en materia de política de servicios sociales dirigidas a las personas mayores. De entrada, hemos renunciado a tratar en toda su amplitud este análisis y, por ello, no entramos en cuestiones tan sugerentes y atractivas como la radical transformación del perfil de la mayoría de las personas mayores de 65 años, plenamente incorporadas a la vida social y cultural, su utilización del tiempo, sus actitudes, sus actividades de participación cada vez más organizadas, y los múltiples programas que hoy se dirigen a este colectivo que llega a la vejez con buena salud y con proyectos de futuro.

Hemos optado, pues, por abordar el ámbito de la dependencia, más restringido y complejo desde cualquier perspectiva que se analice. En esta línea y con el ánimo de contribuir al debate sobre un tema de candente actualidad como este, realizamos primero un repaso a la evolución conceptual y al desarrollo de los recursos que se ha experimentado a lo largo de las dos últimas décadas para finalizar con algunas propuestas de actuación para el futuro inmediato.

La década de lo 80. La consolidación de los sistemas públicos.

Veníamos de una situación muy difícil. Eso era especialmente cierto para las personas mayores, cuya vida había estado presidida por el sufrimiento de una sangrienta guerra civil, por la tristeza y escasez de la posguerra y por muchos años de represión.

En cuanto a las condiciones de vida de esta generación de mayores, siete años antes de esta primera AME, se publicaba el primer estudio sociológico español sobre la vejez, el informe GAUR (1975) en el que se realiza un detallado análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados españoles: “La pobreza está presente en los ancianos en proporciones escandalosas.....un 12% no tienen ningún ingreso estable, uno de cada tres percibe menos de 1000 pts. mensuales y los ingresos del 50% no llegan a las 2000 pts.. En conjunto, cada anciano cuenta con unas 85 pts diarias para atender sus necesidades”. El 75% de sus viviendas carecían de uno o varios equipamientos básicos, el 45% del total de los ancianos no podía realizar su deseo de utilizar la radio, tv, periódico o cine por falta de dinero...”

La década de los ochenta supuso cambios importantes para este grupo de población: generalización en el sistema de pensiones y en el acceso al sistema sanitario y un proceso relativamente rápido de implantación de un sistema público de servicios sociales, al menos en lo que se refiere a su conceptualización (Sancho, Rodríguez,1999).

Sin embargo, todavía hoy arrastramos esa distancia de 20 años que nos separa de nuestros vecinos europeos situados más al norte en cuanto a desarrollo de un sistema sólido de servicios sociales. Mientras en los países más avanzados de Europa llevaban años librando con dureza la batalla de la desinstitucionalización (Townsend, 1962, Tibbitts, 1963..) y se aireaban evaluaciones demoledoras sobre las instituciones psiquiátricas y las de ancianos, en España vivíamos la época dorada de construcción de residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas. Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad dependientes del sistema público y estaban presididas por el objetivo de “dar a *nuestros mayores* lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo”. El principio conceptual de partida podría resumirse así: “ellos ya trabajaron suficientemente, ahora les toca descansar: nosotros se lo daremos todo hecho”.

La historia demuestra en ocasiones la teoría de los ciclos. Entre estos planteamientos y la efervescencia de los actuales basados en el envejecimiento activo-productivo (OMS, 2001, Fernández Ballesteros, 2001) han pasado sólo veinte años. En este momento parece imposible pensar que los postulados que presidían el desarrollo de la política social de los primeros años 80 en España se vayan a repetir en el futuro. La transformación de las características sociológicas de las actuales generaciones de mayores y, aún más, las que vendrán en el futuro hacen impensable una vuelta a aquellos viejos principios basados en la teoría de la *desvinculación*.)

Desde finales de los ochenta, empiezan a tomar fuerza, también en España, los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual. Se iban asumiendo los enfoques comunitaristas que ya estaban ampliamente teorizados y conceptualizados en otros países de Europa. Asistíamos a un cambio radical del discurso de la política dirigida a las personas mayores en el que se desplazaba el centro de la atención desde las residencias a los servicios comunitarios, muy incipientes todavía. Un efecto paralelo a este enfoque se percibió en la creciente visibilidad y devolución a las familias del protagonismo y el lugar que nunca habían abandonado: el de la responsabilidad principal en los cuidados y atenciones que precisan los mayores o cualquier otra persona que en algún momento de su vida necesita ayuda.

A partir de este cambio conceptual, la intervención social se organiza en torno a la noción de “ayuda”, con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida (Lessemán y Martín 1993). La promoción de las políticas comunitarias fue consagrada por un organismo internacional de la importancia de la OMS, que aseguraba así su generalización. El primer Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (1982) dedicaba sus primeras recomendaciones a concretar estos planteamientos en el ámbito de la salud. Pero, a pesar del acuerdo unánime y compartido desde los ámbitos gerontológicos y de los responsables políticos, la observación del desarrollo y la aplicación de los postulados comunitaristas sigue siendo todavía hoy francamente escasa y deficiente, como se analizará más adelante.

La década de los noventa. El auge de la planificación gerontológica

El periodo de “crecimiento sin política” (Jamieson 1991) correspondiente a la década de los ochenta (años 60 y 70 en Europa) conduce a la constatación de que es necesario

abordar un diagnóstico más preciso de las necesidades que en este sector se producirán en años venideros y planificar las políticas de atención para un amplio período. De estas inquietudes y proyectos surge el Plan Gerontológico (Insero, 1993), que había venido elaborándose desde el año 1988 y que inmediatamente se configuró como referente y marco de actuación de los años noventa. Su diseño, sus planteamientos sobre la integralidad de la atención, su sistematización en cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sentaron las bases de posteriores programaciones. Hoy, prácticamente todas las CCAA y algunas administraciones locales disponen de sus propias planificaciones gerontológicas.

Con la perspectiva del paso de una década, se puede afirmar que la trascendencia histórica del Plan Gerontológico no ha residido tanto en su contribución al crecimiento y desarrollo de los servicios (que también lo ha hecho), como en su clarificación conceptual sobre la organización y formulación de respuestas a las cambiantes necesidades de las personas mayores y de sus familias. Paradójicamente, este último aspecto, el del denominado apoyo informal, se aborda casi por primera vez en el Plan Gerontológico, en un país como el nuestro, considerado fuera de nuestras fronteras como “el paraíso del cuidado familiar”. Hasta ese momento parece que la naturalidad o quizás la obligatoriedad de que las necesidades de cuidado de estas personas se resolvieran en el ámbito de lo íntimo, de la familia, es decir, de las mujeres, hijas o esposas, no requería análisis de ningún tipo ni demanda de atención. Es a partir de la publicación de este Plan cuando empiezan a proliferar las investigaciones sobre un asunto que, hoy día, es candente. El carácter innovador y de visión de futuro de este plan se refleja en otros muchos aspectos. Por primera vez: se establecen índices de cobertura de servicios a lograr en una década; hay medidas que plantean el desarrollo de servicios alternativos; se explicitan actuaciones sobre la coordinación sociosanitaria, a la que se le reconoce una importancia capital; aparece la perspectiva de género; se dedica un área completa a la participación de las personas mayores....En definitiva, en un corto espacio de tiempo, se consiguió homogeneizar nuestro discurso sobre la vejez y sus necesidades con el de los países más avanzados en políticas sociales. Parecería que, a la hora de planificar, de elaborar programas, de conceptualizar, 20 años de distancia no son casi nada. Sin embargo el asunto cambia radicalmente cuando analizamos el grado de realizaciones prácticas que hemos conseguido y todos los retos que tenemos aún por alcanzar. Veamos algunos de ellos.

El desarrollo de recursos para las personas mayores dependientes.

Durante todo el período que se está considerando se ha experimentado un importante crecimiento en el desarrollo de servicios sociales destinados a atender a personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Pero ello no obsta al forzoso reconocimiento de su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas mayores que tienen problemas de dependencia y, también, con la evolución ocurrida en los modelos familiares, en el rol de las mujeres y en las preferencias de las propias personas mayores en cuanto se refiere a los modelos de atención que desean.

Los resultados de la investigación y las propuestas de los organismos internacionales y del conjunto de la comunidad científica abogan y coinciden en la

necesidad de impulsar de manera mucho más decidida la política social dirigida a este sector de la población.

Como ejemplos significativos de la evolución de los recursos experimentada en el período considerado, se hace un somero repaso a los tres más importantes, conscientes de que al hacer esta selección quedan fuera cuestiones de tanta trascendencia como la atención sociosanitaria, o la formación de los profesionales, que son de necesario abordaje a la hora de avanzar en la mejora de la atención dirigida a las personas mayores con problemas de dependencia.

1. Las residencias.

El capítulo que el informe GAUR (1975) dedica a la situación de los asilos y residencias resulta suficientemente clarificador de la situación que las personas mayores vivían en la década de los setenta: “En los próximos años la población anciana que podrá residir en centros específicos para ellos, es una reducida minoría del orden de unos 55.000 sobre un total de mas 3,5 millones, es decir, 1,46 camas por cada 100 personas mayores de 65 años...”.

“ El hambre, el frío, la falta de higiene, el ambiente cuartelero, la promiscuidad y la incultura, están aún presentes en los alojamientos colectivos para ancianos como subproductos de una situación de miseria que no sólo proporciona la mayor parte de la clientela, sino que además, se instala en el propio centro.... Sólo las nuevas residencias construidas estos últimos años se separan de esta tétrica imagen”.

Desde aquéllas fechas, hasta hoy, se ha producido un auténtico vuelco en el sector institucional. El número de plazas se ha incrementado sensiblemente, como se puede observar en la tabla nº1.

Tabla 1. EVOLUCIÓN DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES EN ESPAÑA
Años 1975-2000

<u>Año</u>	<u>Población > 65 años</u>	<u>Plazas</u>	<u>Ratio</u>
<u>1975</u>	<u>3.757.754</u>	<u>55.000</u>	<u>1,46</u>
<u>1988</u>	<u>4.961.456</u>	<u>106.488</u>	<u>2,15</u>
<u>1994</u>	<u>5.761.767</u>	<u>163.338</u>	<u>2,83</u>
<u>1998</u>	<u>6.196.300*</u>	<u>198.352</u>	<u>3,20</u>
<u>2000</u>	<u>6.739.559</u>	<u>213.398</u>	<u>3,17</u>

Fuente: Datos de población INE varios años. IMSERSO . Elaboración propia.

***A pesar de que existen pequeñas diferencias de población en función de la fecha de publicación de los datos INE, se conservan los utilizados en la fuente de referencia.**

Sin embargo, sólo en los últimos años se está trabajando de forma generalizada en la creación de plazas residenciales para personas dependientes. Sin entrar a analizar aspectos como la conceptualización, tipología y programas de intervención de nuestras residencias (Rodríguez, 1995) ni otras características de las que, aún tenemos poca información (Informe 2000. Las personas mayores en España) sabemos que la disponibilidad de plazas asistidas es inferior al 40% de las existentes. También es importante destacar que sólo un tercio de las plazas disponibles pertenece al sector

público, indicador significativo del esfuerzo que han de realizar las personas mayores necesitadas de una residencia y sus familias. No obstante, y a pesar de que nuestra oferta residencial es desigual en cantidad y calidad, en desarrollo de programas, en equipamientos, en dotación y formación de personal, en participación de sus usuarios, en el perfil de éstos...y a pesar también de que nuestro índice de cobertura está muy por debajo del de la mayoría de los países europeos (Pacolet et al.,1999),que disponen entre un 5% y un 7% de plazas residenciales en diferentes modalidades, desde todos de los ámbitos se está realizando un gran esfuerzo económico y normativo para que las personas que, por diferentes motivos recurren a una institución, tengan garantizada una vida cotidiana digna.

Pero queda mucho por hacer, sobre todo en el desarrollo de alternativas para personas que padecen deterioro cognitivo, quizás las mas necesitadas de atención institucional especializada, para las que hasta ahora no hemos sido capaces de avanzar demasiado en ofrecerles una atención y una calidad de vida aceptable y digna. Las escasas experiencias que tenemos sobre las unidades de convivencia para estos enfermos abren una luz de esperanza que habrá que explorar con más profundidad.

2. Los servicios de ayuda y atención domiciliarios.

Una vez mas, los comienzos de los años 80, recién constituidos los primeros ayuntamientos democráticos, marcan el inicio del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), concebido como recurso público con vocación generalista y de extensión a todo el territorio nacional (durante la década de los 70 sólo se había elaborado alguna normativa y experiencias puntuales). La primera investigación que se llevó a cabo sobre las características del SAD (INSERSO-FEMP,1990) arrojaba un índice de cobertura del 0,48%. Este indicador ha ascendido a lo largo de la década hasta un 2.05% (Tabla 2).

Tabla 2. EVOLUCION DE LOS USUARIOS DEL SAD. 1990-2000.

<u>Año</u>	<u>Población >65 años</u>	<u>Usuarios</u>	<u>Ratio</u>
<u>1990</u>	<u>5.359.908</u>	<u>34.181</u>	<u>0,48</u>
<u>1995</u>	<u>6.086.365</u>	<u>63.712</u>	<u>1,04</u>
<u>1998</u>	<u>6.196.300*</u>	<u>112.797</u>	<u>1,82</u>
<u>2000</u>	<u>6.739.559</u>	<u>138.101</u>	<u>2,05</u>

Fuente: **Imsero 1998. Evolución y extensión del SAD. Informe 2000. Las personas mayores en España. Ageing in Spain. (En prensa).**

***A pesar de que existen pequeñas diferencias de población en función de la fecha de publicación de los datos INE, se conservan los utilizados en la fuente de referencia.**

Aunque es innegable el incremento de este servicio a lo largo de estos años, hay que insistir en su insuficiencia para las necesidades que están suficientemente detectadas. De hecho, continuamos a la cola del resto de los países europeos que, en su conjunto, han dado un impulso muy fuerte en este mismo período para afrontar los problemas derivados de la dependencia, mediante un gran desarrollo de los servicios de atención domiciliaria (tabla 3). Es claro (y paradójico) que existe una clara incoherencia entre el discurso conceptual basado en el lema “envejecer en casa” ampliamente difundido

como la formula mágica del bienestar de los mayores y el esfuerzo real que se está realizando por las diferentes administraciones públicas para ofrecer una respuesta acorde a los múltiples estados de necesidad que estas personas y sus familias están viviendo. Sin entrar a analizar con detenimiento las características del servicio y las cuestiones relacionadas con la calidad del mismo (Rodríguez y Valdivieso, 1997), conocemos que la mayor parte de su tiempo se dedica a tareas domesticas, excepto en algunas CCAA como País vasco y Navarra en las que los cuidados personales es su actividad fundamental. La intensidad horaria, otro indicador esencial, es muy baja, ya que se sitúa entre 10 y 15 horas mensuales por usuario.

Algo parecido sucede con el servicio de teleasistencia, programa complementario a la prestación personal en el domicilio, que actualmente tiene en torno a 73.500 usuarios (IMSERSO, 2000), lo que significa una *ratio* de 1,20 aún muy por debajo de la necesaria. La teleasistencia, y sus desarrollos, ha sido poco aprovechada para hacer una atención integral en el domicilio de las personas mayores con problemas de dependencia o soledad.

TABLA 3: COMPARACIÓN DE LAS RATIOS DE COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SAD EN ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA

PAISES	PLAZAS INSTITUCIONALES	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	7,9	11
HOLANDA	12,2	21
GRAN BRETAÑA	11	9
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,2	2,05

Fuente: Elaboración propia sobre varios textos procedentes de U.E. y OCDE. Datos 1995.2000 según países.

3. Los centros de día.

Comienzan a implantarse tímidamente a principios de los 90, como servicios de apoyo familiar sobre todo. Actualmente ocupan un lugar prioritario en las planificaciones gerontológicas de la mayoría de las CCAA. El desarrollo de éstos se está haciendo, paralelamente al de su extensión, con una reformulación conceptual muy importante en cuanto a su definición como recurso muy apropiado para la intervención con personas mayores dependientes.

Se constituyen así los centros de día como una red de recursos intermedios (entre la ayuda a domicilio y la residencia) que favorecen poder continuar viviendo en casa en condiciones adecuadas. Sus planes funcionales integran tanto programas de apoyo y formación a los cuidadores y cuidadoras familiares, como un conjunto integral de programas de intervención que se adecuan, según las circunstancias individuales, a la diversidad de situaciones complejas que presentan las personas mayores en situación de dependencia (Martínez, T, 2001).

Con todo, y a pesar de que en sólo en dos años ha aumentado considerablemente el número de plazas de atención diurna, contabilizándose en torno 9.000 en el año 2000, todavía su disponibilidad es escasa en cualquiera de sus modalidades (centros de día generales, psicogerítricos, de dependencia física...).

La situación de cuidadores y cuidadoras familiares y las políticas dirigidas a su apoyo.

A pesar de que en la mayoría de los países europeos, incluido el nuestro, se reconoce como prioridad la necesidad de reforzar las ayudas a los cuidadores y cuidadoras informales, se constatan escasas realizaciones prácticas de esta voluntad.

A lo largo de los veinte años que se están analizando ha sido una constante, que sólo ahora está comenzando a romperse, la limitación en el acceso a los insuficientes recursos disponibles, restringiéndolos a aquellas personas carentes de apoyo familiar. Así, la aplicación de políticas extremas de subsidiariedad en la atención a las personas dependientes ha venido discriminando a las familias más solidarias, castigando su esfuerzo con la denegación de servicios profesionales que colaboren con ellas en la provisión de cuidados (Rodríguez, Sancho, 1995). Por otra parte, el desarrollo normativo que permita a los cuidadores y cuidadoras beneficiarse de una protección social específica es todavía incipiente. La iniciativa que supuso la promulgación de nuestra ley de conciliación de la vida familiar y laboral ha resultado francamente escasa y frustró las expectativas que se tenían de que con esta regulación se diera un paso verdaderamente importante para avanzar en la tan deseada y necesaria compatibilización de funciones y, de consuno, en el ámbito de la igualdad entre hombres y mujeres.

En definitiva, la responsabilidad del cuidado a las personas dependientes sigue siendo un asunto que se resuelve en el plano de lo individual, de la intimidad familiar y a costa, casi siempre, del sacrificio y renuncia de las mujeres. Pero no olvidemos que en España, como en el resto del mundo, el perfil del cuidado, abrumadoramente femenino, se asocia también con carencias de todo tipo: bajo poder adquisitivo, escaso nivel de instrucción, empleo a tiempo parcial o dedicación total a las tareas domésticas, frecuentes problemas de salud....(Colectivo IOE- Imsero. Cis, 1995)

Por si esto fuera poco, las mujeres cuidadores, pertenecientes en su mayoría a la llamada generación *pivot* (la que tiene entre 45 y 60 años de edad), priorizan la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente atribuida por encima de

sus opciones laborales y personales, con los consiguientes problemas de culpabilización ante el menor incumplimiento de la expectativa que se ha depositado en ellas.

Pero es que, además, y aunque dejásemos aparte, que no puede hacerse, las consideraciones basadas en un enfoque de género, la propia evolución demográfica (tabla 5) advierte desde hace tiempo la disminución que ha venido experimentando el indicador de potenciales cuidadoras, establecido siempre, y significativamente, en función de la relación entre el número de personas mayores y, en exclusiva, el de mujeres entre 45 y 69 años.

Tabla 4. EVOLUCION DEL POTENCIAL CUIDADOR FEMENINO EN ESPAÑA

**OCDE: Potencial cuidador (Mujeres entre 45-69 años)
> 70 años**

<u>1960</u>	<u>1990</u>	<u>1998</u>
2,8	1,53	1,27

**Fuente: Elaboración a partir de los correspondientes datos de población INE .
Observatorio de personas mayores.**

Por la simple observación de la evolución de este discriminatorio indicador, tiene forzosamente que concluirse que el cuidado de las personas mayores dependientes definitivamente tiene que dejar de ser casi exclusivamente femenino. Las hipótesis que desde diversos ámbitos se vienen propugnando (OCDE, 1996, Rodríguez, 1999) de cuidado compartido ofrecen expectativas mucho más esperanzadoras para el futuro inmediato.

En la tabla 6 ofrecemos el indicador del potencial cuidador, ajustándolo de una manera que consideramos más acorde, no sólo en lo que se refiere a la inclusión tanto de mujeres como de hombres en la edad que pueden tener familiares con necesidades de cuidados, sino también en lo que atañe al segmento de edad de las personas mayores que tienen más riesgo de entrar en situación de dependencia. Lo hacemos fijando dos escenarios, según se considere el grupo de mayores de 70 años o lo restrinjamos al de los mayores de 80.

Tabla 5. OTROS ESCENARIOS DE CUIDADO

$$\frac{\text{POBLACION } 10.889.449 \text{ (hombres y mujeres 45 -69 años)}}{4.435.831 \text{ (>70 años)}} = \boxed{2,5}$$

$$\frac{\text{POBLACION } 10.884.449 \text{ (hombres y mujeres entre 45-69 años)}}{1.460.273 \text{ (>80 años)}} = \boxed{7,45}$$

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de población INE 1998.

Para finalizar este apartado, cabe concluir que en la sociedad española tiene que avanzarse tanto en un desarrollo amplio de los servicios de apoyo a las familias que tienen en su seno personas mayores con dependencias, como en un cambio de expectativas hacia el cuidado familiar que pasa por la incorporación de los varones en esta responsabilidad.

Cuestiones pendientes para afrontar en el futuro.

La evolución de las sociedades modernas, con las formidables transformaciones que en ellas han operado en los últimos veinte años, exige una revisión en profundidad tanto del papel que debe ocupar ese número extraordinariamente creciente de personas mayores, como de las políticas que deben desarrollarse relacionadas con el envejecimiento. Desde nuestro punto de vista, y en relación con los sistemas de atención a la dependencia, deben tomarse decisiones que tengan en cuenta algunas cuestiones como las siguientes:

1. Promover políticas sociales intergeneracionales.

En una sociedad en la que un tercio de su población ha pasado la edad de jubilación, es necesario repensar las políticas públicas segmentadas por categorías de edad, sexo, etc., ya que no facilitan la toma de decisiones en torno a las personas mayores y, muy especialmente, respecto al aislamiento y necesidad de ayuda que muchos de ellas padecen.

Debido a la aparición de nuevos pobres y a la mejora de las condiciones de vida de los mayores, se detecta una tendencia a desplazar a otros grupos de edad las políticas sociales. Consideramos indispensable frenar esa tendencia y reflexionar profundamente sobre el futuro (el de todos nosotros) con el fin de evitar guerras generacionales. El lema de la II AME, “una sociedad para todas las edades”, se ajusta fielmente a estas posiciones. Vivimos en una sociedad multigeneracional en la que, por primera vez en la historia, pueden convivir tres o cuatro generaciones con sus diferentes proyectos, experiencias e intereses. Por tanto, lograr un “**pacto de solidaridad intergeneracional**” (Council of Europe, 2000) es hoy más necesario que nunca.

Desde este punto de vista, es urgente replantearse las fronteras de lo estrictamente gerontológico para descubrir nuevas posibilidades que superen los compartimentos rígidos de grupos de edades. También desde este enfoque, se hace necesario reformular esa especialización en la atención que se agudiza cada día y considerar que el criterio edad debe dejar paso al de necesidades específicas y especializadas. El propio ámbito de la atención a las situaciones de dependencia impone otra forma de abordar la intervención.

2. Desarrollar la solidaridad pública para mejorar la solidaridad familiar con recursos de apoyo eficaces.

Se ha constatado que en los países en los que las ayudas y los servicios públicos para las personas mayores están más desarrollados, no se produce, en contra de lo que suele creerse, una disminución de los lazos familiares ni del intercambio de cuidados entre las generaciones aportadas por las familias, especialmente a las personas con dependencias. El espíritu “floodgates” (Walker, 1998), es decir “todo el monte es orégano cuando hay servicios públicos y las familias se desentienden del cuidado”, se revela como fruto de la ignorancia o, más bien, de intereses político-financieros muy concretos.

Más bien lo que ocurre es lo contrario, pues la evidencia empírica demuestra que cuando la ayuda a las personas que se encuentran en situación de dependencia reposa exclusivamente en la familia, es cuando se observa un claro retroceso de ésta, unas veces porque son incapaces de asumir esta tarea en exclusividad, otras porque se agotan ante la situación de sobrecarga que comporta (Attias-Donfut, 1999).

Si queremos dar, pues, una solución eficaz a este problema, es necesario no enfrenar la solidaridad pública y la solidaridad privada, sino intentar que se cumpla su papel complementario. Una vez más (Attias- Donfut, 1996, Brody, 1990) hemos de insistir en que el mundo de la dependencia debe trasladarse de la esfera estrictamente individual (dramática) a la de la responsabilidad social y colectiva para dar respuesta a las nuevas demandas.

Pero lo cierto es que hasta el momento no hemos sido capaces de poner en marcha políticas de atención a las personas mayores que realmente posibiliten el desempeño de la multiplicidad de roles que intervienen en el mundo de la dependencia con carácter complementario. Vuelve a aparecer aquí la necesidad indispensable de desarrollar un modelo de atención comunitaria en el que se integre el cuidado familiar, se identifiquen las necesidades de manera individualizada y se provean apoyos **siempre** que haya una situación de dependencia, abandonando la tendencia de proveer los servicios sólo en los casos en que los cuidadores ya están agotados o cuando las personas con dependencias no reciben ayuda.

Para hacerlo así, es necesario contar con un amplio abanico de servicios que se ajusten a las necesidades previamente evaluadas, que no se puede traducir en unas pocas horas de ayuda a domicilio que en muchas ocasiones para nada resuelven los problemas de la persona dependiente ni de su cuidador o cuidadora. Sólo la diversidad de la oferta (Sancho, Rodríguez, 1999) puede hacer frente a las necesidades de un colectivo cada vez más heterogéneo, como es el de las personas con dependencias y sus familiares. Hay que conjugar en las evaluaciones y en los planes de cuidados aspectos como: el carácter de los vínculos afectivos, las destrezas y actitudes para el cuidado, la necesidad de compatibilizar la vida profesional con la vida familiar y las dificultades que muchas veces existen al querer compartir el cuidado con el conjunto de los miembros de la unidad familiar. Pero una previa valoración integral del caso y un acuerdo con la familia sobre la forma y la intensidad de la ayuda que ha de proveerse es la única vía para que la ayuda cumpla su objetivo de eficacia.

Una combinación de todos los servicios disponibles (atención domiciliaria, sociosanitaria, teleasistencia, centros de día, residencias para estancias temporales, cuidados paliativos, formación en habilidades de cuidados pero también formación

para afrontar los problemas de comunicación y afectivos, compañía, intervención psicológica con las personas dependientes y sus cuidadores, rehabilitación, etc.) debe ser tenida en cuenta a la hora de formular planes de cuidados consensuados con la persona que va a recibirlos y con sus cuidadores. Otra tendencia que debe romperse es que en el esquema de los cuidados en la casa no se incluyen los más profesionalizados (atención psicológica, de terapia ocupacional o fisioterapia...)

En cuanto a las medidas económicas, vía desgravaciones fiscales, pago a cuidadores, permisos especiales, etc., que parece que son las que más se están barajando, es evidente que son importantes, y pueden paliar y hasta solucionar muchos de los problemas que hoy sufren los cuidadores. Pero, al plantearse políticas de cara al futuro, hay que considerar que las generaciones que en los próximos años van a afrontar este reto vital de una probable situación de dependencia no quieren sólo este tipo de medidas. Porque, sencillamente, su expectativa de cuidado en el seno de la familia es mucho menor (CIS, 2001).

En definitiva, lograr que las personas con dependencias cuenten con un apoyo que realmente se adecue a su necesidad, que la atención se realice en condiciones de dignidad y, por tanto, con calidad, pasa por un amplio desarrollo de los servicios profesionales y por la implantación de programas en el domicilio que ya no son discutibles en el ámbito institucional ni mucho menos en otros sectores.

Finalmente, hay que hacer una llamada de atención para frenar la discriminación por la edad, o por otras situaciones como la discapacidad o diferentes procesos calificados con la etiqueta de “crónicos”, que sigue produciéndose en todos los ámbitos, incluidos los de los profesionales que planifican la intervención. Todavía existe una aceptación, exenta de crítica, de lo que ya está desechado en otros sectores, como la educación o la sanidad curativa o diagnóstica (instituciones de bajísima calidad, programas comunitarios casi desprofesionalizados, inexistencia de prestaciones de rehabilitación, etc.). Además, éste es el sector en el que el mercado se ha introducido con más ventajas y menos exigencias, lo que genera, lógicamente, un fuerte rechazo entre las personas que sufren situaciones de dependencia y sus familias cuando tienen que optar por una residencia u otro servicio de apoyo.

3. Prevenir la dependencia y evitar la enfermedad en los cuidadores.

Llegar a una situación de dependencia tiene su origen, muchas veces, en un conjunto de efectos multifactoriales originados por un largo proceso que tiene que ver con inadecuados hábitos de salud y con falta de preparación para adaptarse a los cambios que conlleva el envejecimiento. Por ello, no debe olvidarse nunca en la planificación incluir programas preventivos, basados en la teoría del envejecimiento activo y saludable (OMS, 2001), que tengan que ver con aspectos bio-psico-sociales en los estilos de vida.

Estamos instalados en una distribución de los programas y servicios de atención tan escasa, tan de mínimos, que el gasto en prevenir el aumento de la dependencia o, mejor aún, en mantener el máximo nivel de autonomía, disponiendo programas de intervención cuando se entra en un proceso de envejecimiento e, incluso, cuando el nivel de dependencia es leve, se considera un lujo impensable. Este enfoque, basado

en la intervención sólo cuando ya está instalada la situación de dependencia, constituye, a nuestro juicio, uno de los errores históricos cuya factura pagaremos antes de lo previsto. Porque la evidencia científica ha demostrado ya que es posible retrasar la aparición de la dependencia (Corder, Corder y Manton, 2001), y también que es posible desarrollar un modelo de atención en el que se haga realidad el respeto a la dignidad personal de quienes sufren problemas de dependencia.

La prevención de la dependencia, por otra parte, debe ser considerada también como una importante medida de apoyo a los cuidadores y cuidadoras familiares. Desde este enfoque, adquiere todo su sentido la provisión de recursos de apoyo a las familias que tienen a su cargo personas dependientes según hemos intentado justificar en esta colaboración. Asegurándoles un amplio despliegue de medidas de soporte podremos, al mismo tiempo, conservar esta fuente insustituible de apoyo a las personas con dependencias, y garantizar al mismo tiempo la preservación y la prevención de las patologías que afectan a las personas cuidadoras, evitando los efectos, adversos para todos, de la sobrecarga.

4. Garantizar la participación de las personas mayores y de los cuidadores informales en la toma de decisiones.

Si bien en nuestro país se han producido avances importantes en el ámbito de la participación de las personas mayores en determinados temas que les conciernen (todavía sólo con carácter consultivo), el mundo de las personas con dependencias está todavía lejos de incorporarse a este proceso. Es hora ya de plantear la necesidad de esta participación activa en las decisiones que les incumben, tanto en el ámbito político más macro, como en el plano estrictamente individual. Esta participación puede hacerse, bien a través de las propias personas concernidas cuando es posible, o bien a través de las asociaciones de afectados y familiares.

La participación de las organizaciones de personas mayores en las decisiones sobre las políticas sociales ha estado hasta ahora asociada sobre todo a las reivindicaciones de carácter económico y sanitario, así como a garantizar al menos su presencia y que su voz sea oída suficientemente. Por otra parte las generaciones de más edad, en las que se concentra en mayor medida el grupo de quienes sufren procesos de dependencia, conservan una expectativa de cuidado centrada casi en exclusiva en sus familiares, y sólo recurren a los servicios profesionales en caso de extrema necesidad. Pero, de cara al futuro, es absolutamente necesario promover un debate profundo con las asociaciones de mayores sobre la atención a la dependencia, las necesidades que genera y el papel y responsabilidad de los implicados en este asunto: poderes públicos, familias, iniciativa social sin fin de lucro y las propias personas mayores.

Algo parecido sucede con la participación y el asociacionismo que representa a los cuidadores y cuidadoras informales. En el conjunto de Europa es éste un grupo que empieza imponer su presencia progresivamente y a organizar sus demandas, sobre todo a través de asociaciones de afectados por enfermedades concretas. Las asociaciones de familiares de quienes sufren la enfermedad de Alzheimer, quizás han sido las que mayor proyección han tenido en este ámbito, por diversas razones que no vamos a analizar aquí. Sin embargo, se observa una tendencia preocupante

hacia planteamientos reivindicativos económicos, los cuales, como hemos resaltado anteriormente, tienen muchas limitaciones para una gran mayoría de afectados.

Implantar un sistema de protección social a la dependencia.-

Para finalizar esta colaboración, realizamos una propuesta en pro de avanzar en la inclusión de las situaciones de dependencia dentro de los mecanismos de protección social pública. Desde el convencimiento de que esta seguirá siendo incompleta mientras no se asuma, como responsabilidad colectiva, la atención a las situaciones de dependencia.

La escolarización obligatoria, el sistema de pensiones y la universalización de la sanidad han ido estableciendo hitos históricos en la evolución de las sociedades modernas y han conseguido avances muy notables en términos de calidad de vida, mediante la consolidación de derechos de ciudadanía. La Unión Europea se constituye, así, como un modelo de desarrollo que, al tiempo de conseguir avances en la economía y en el incremento de la riqueza, considera que tan importante como el crecimiento económico son la cohesión y armonía sociales logradas a través de fuertes sistemas de protección pública frente a las situaciones de necesidad experimentadas por sus ciudadanos.

Nadie a estas alturas de la Historia está dispuesto a admitir que tener una plaza educativa para los hijos e hijas, contar con una pensión en la vejez o acceder a las prestaciones sanitarias en caso de enfermedad sean asuntos particulares que debamos resolver por nuestros propios medios. Esta firme y generalizada convicción ciudadana a favor del gasto público en protección social se pone de relieve cada vez que se investigan las actitudes y opiniones de la población europea y constituye el factor explicativo de que la tan anunciada crisis del Estado de Bienestar, felizmente, no haya llegado a producirse: no obstante, la ralentización en la evolución del gasto de protección social y su crecimiento medio, en relación con el PIB de la UE, ha sido de casi 3 puntos en el último decenio.

Por otra parte, si tuviésemos que elegir dos entre las grandes transformaciones sociales más importantes ocurridas en la segunda mitad del siglo XX, seguramente existiría acuerdo en señalar que la mayor ha sido la que atañe al rol social de las mujeres y su presencia progresiva en el ámbito de lo público. La otra es, sin duda, el envejecimiento de la población, con un alargamiento continuo e insospechado de la esperanza de vida y, consecuentemente, con un aumento sin precedentes del número de personas mayores. Los dos fenómenos, qué duda cabe, son fruto del desarrollo social y constituyen avances sociales muy positivos de las sociedades modernas. Pero, paradójicamente, el cruce de ambos ha originado la aparición de una nueva necesidad social: la de dar una respuesta colectiva a las demandas de atención y cuidados que precisan las personas mayores dependientes, que es preciso enmarcar en el ámbito de la escasa protección social que todavía tienen quienes sufren trastornos, discapacidades o enfermedades catalogados como “crónicos”. Según los estudios realizados, se conoce que en estos momentos hay en España más de un millón de personas que necesitan un gran caudal de atención y cuidados de larga duración (Rodríguez Cabrero, 1999).

Los países europeos más avanzados han puesto ya en marcha, dentro de sus sistemas de protección social públicos, dispositivos mediante los que se garantiza una amplia red de servicios sociales universales que colaboran con las familias en la prestación de los

cuidados que precisan estas personas dependientes. Desde hace muchos años, los países nórdicos y Holanda; más recientemente, Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia, entre otros, han respondido ya a este reto. Aquéllos mediante la instauración de derechos de ciudadanía, sufragando los costes a través de impuestos; Alemania y Austria, vía cotizaciones sociales, como nueva contingencia cubierta por la Seguridad Social. Ya se ha señalado anteriormente la situación española en relación con los servicios sociales.

Desde las diferentes CC. AA. se están desarrollando un conjunto de recursos para intentar dar una respuesta a la creciente demanda de servicios sociosanitarios. Pero se hace con diferente intensidad y desde concepciones y criterios heterogéneos, lo que origina que se esté produciendo una discriminación según los territorios en que viven los ciudadanos. Si a ello se une la entrada de la iniciativa privada en el sector, masiva en los últimos años, y que ésta se está realizando de manera desordenada, sin obedecer a criterios objetivos de planificación y sin que se le exijan suficientes criterios de calidad, tenemos el bosquejo de la incoherente, insuficiente y disgregada maraña que constituyen hoy en España los dispositivos de atención a las personas con dependencias puestos en marcha por la sociedad.

Pero la cuestión central del debate de la dependencia es decidir cuál va a ser el modelo de cobertura de este riesgo y la provisión consiguiente de prestaciones que se van a poner en marcha en España, asumiéndose por fin la necesidad de aceptar que los cuidados de larga duración han dejado de ser responsabilidad única de las familias.

Desde aquí se comparten y apoyan las propuestas del grueso de la comunidad científica que reclaman una iniciativa del Gobierno, pactada con las CC.AA., que garantice, como derecho de ciudadanía, la cobertura pública de los cuidados que precisan las personas con dependencias. Así se ha manifestado reiteradamente también el Consejo Estatal de Personas Mayores o instituciones como el Defensor del Pueblo (2000) o la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000).

España no puede continuar yendo a la zaga de los países de la UE en un área de tanta importancia para mejorar nuestra vida y resolver los problemas de las familias como es la universalización de los recursos destinados a atender a las personas que precisan cuidados de larga duración. Para ello, es preciso impulsar una amplia red de servicios como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día y diferentes alternativas de alojamiento, que esté coordinada con el sistema sanitario. Para responder a la pregunta sobre si podemos permitirnoslo, baste considerar que el índice español de gasto social no sólo está todavía 7 (!) puntos por debajo de la media europea (cada punto de PIB supone más de un billón de pesetas), sino que en los últimos años ha retrocedido clamorosamente pese a la tan proclamada mejora de nuestra economía. Los beneficios de estas mejoras debieran haber alcanzado a los niveles de bienestar de la ciudadanía y no sólo destinarse a engrosar los beneficios del capital, sobre todo porque tenemos en nuestro país ya investigación suficiente que ha calculado el coste, perfectamente asumible (menos de medio punto del PIB), que significaría la protección social pública de la dependencia (Informe. Defensor del Pueblo, 2000)

A estas alturas no sirven, por tanto, propuestas dilatorias. En el Pacto de Toledo suscrito en el año 95 ya se reconocía la necesidad de incrementar los recursos de los servicios sociales para hacer frente al reto asistencial derivado del envejecimiento. En el diálogo social previo a su renovación se acordó crear una comisión que estudiara este problema. No parece que hasta el momento se haya avanzado en esta tarea.

Recientemente se han anunciado planes (de protección de la dependencia, de Alzheimer, de atención sociosanitaria) que no han sido finalmente presentados.

Sin embargo, empiezan a proliferar otras propuestas que se están lanzando desde algunos sectores interesados. Mediante ellas se sugiere un desplazamiento de la responsabilidad de la cobertura de la dependencia hacia sistemas privados de aseguramiento. Inútil comentar, por obvias, las consecuencias a que conduciría este cada vez más explícito intento privatizador. ¿Cuántas y qué tipo de familias van a poder detraer de sus presupuestos las primas para pagar un seguro privado? ¿Va a ser de nuevo la clase media la que quede excluida de una cobertura (privada) que no podrá pagar, sin que tampoco pueda acceder a unos servicios públicos de carácter asistencial, reservados, como hasta ahora, y de manera incompleta, a los sectores sociales económicamente más débiles?

Al defender decididamente, como lo hacemos, la cobertura de una red pública de servicios de cuidados destinados a personas con dependencias no sólo hablamos de costes sino también de beneficios. Beneficios sociales, pues se comenzaría a resolver una necesidad candente en España que es hoy soportada con enormes dificultades por las familias y, de manera especial, por las mujeres. Y beneficios económicos, pues los estudios realizados han estimado también el importante incremento en número de puestos de trabajo (doscientos mil) que se crearían con el desarrollo de los servicios sociales, con lo que también se verían reducidos nuestros altos niveles de desempleo.

Tener la seguridad de que las personas mayores de hoy y las que mañana lo seremos vamos a recibir atención y cuidados de calidad cuando los precisemos en la vejez es cada vez más una exigencia ciudadana y debe constituirse en una prioridad política de primer orden. Lo mismo que garantizar, como derecho de ciudadanía, la atención a las personas que sufren graves discapacidades. ¿O vamos a seguir pensando durante mucho tiempo aún que estos cuidados son menos importantes que recibir una pensión, que tener la garantía de una plaza escolar durante los primeros años, o que acudir a nuestro médico cuando lo requerimos?. Los datos que han quedado expuestos avalan la posibilidad de llevar adelante, de manera inmediata y con convicción, la puesta en marcha de mecanismos de protección social mediante los que converger, también en avances sociales, con el resto de los países más desarrollados de Europa.

Porque enfrentarnos a la vejez con la seguridad de que seremos atendidos con calidad y calidez cuando necesitemos que nos cuiden es una cuestión que afecta a la dignidad de la vida humana y constituye hoy la asignatura pendiente de nuestro sistema público de protección social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- § ATTIAS-DONFUT Claudine, (1999) "L'Etat, substitut des familles?", in **Droit Social** N°. 5, May.

- § **BRODY, E.M. (1990). Women in the middle, their parent care years. New York, Springer**
- § **CIS, (2001). Barómetro. Noviembre. Datos electrónicos.**
- § **Colectivo Ioé/ INSERSO. (1995) Cuidados en la vejez. El apoyo informal, Madrid.**
- § **Conseil de l'Europe. (2000) Les personnes agées au sein de leur famille: responsabilités juridiques et sociales. Rapport Final. (Difusión restringida)**
- § **CORDER L, CORDER E Y MANTON, K (2001). The prevalence and dimensions of disability at ages 65+ in the United States from 1982 through 1999. En Gerontology International J. of Experimental, Clinical and Behavioural Gerontology, 47, 87.**
- § **IMSERSO, (2001). Boletín del Envejecimiento - Perfiles y Tendencias nº 4 y 5, Documento OMS, "Salud y Envejecimiento".**
- § **IMSERSO,(2000). "Informe 2000. Las personas mayores en España" Observatorio de las Personas Mayores.**
- § **Informe del Defensor del Pueblo (2000). "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos".**
- § **Informe GAUR, (1975). La situación de los ancianos en España, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros. 1975**
- § **INSERSO (1993): Plan Gerontológico, Madrid.**
- § **INSERSO (1995): Guía Directorio de Centros para personas mayores. Vol. 1 Residencias. - Madrid.**
- § **INSERSO, (1990). Estudio sobre la ayuda a domicilio en España, Madrid, INSERSO/FEMP (Investigación no publicada).**
- § **INSERSO/CIS (1995): Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid.**

- Š· **Jamieson, A., (1993). El apoyo informal en Europa. En comparación de políticas de atención a las personas mayores, S.G., Ed. Barcelona.**
- Š· **Leseman F., Martin C. (1993). Les personnes âgées: dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales. La Documentation Française. París.**
- Š· **MARTINEZ TERESA, (2001) "Centros de día para personas mayores con dependencias". C. Documentos Política Social. Serie Docum.- Técn. N° 8. Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias.**
- Š· **OCDE (1994 b): Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations. París**
- Š· **OCDE (1996): Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. París. Etudes de politique sociale. n° 19.**
- Š· **Pacolet et al. (1999). "La protection social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège. Commission européenne.**
- Š· **Plan de acción internacional sobre el envejecimiento. I Asamblea Mundial del envejecimiento. NN.UU. (1982).**
- Š· **Porto y Rodríguez, P. (Editores), Evolución y extensión del SAD en España, Madrid. IMSERSO, (1998)**
- Š· **Rodríguez Cabrero G. (1999) Protección Social a la dependencia. IMSERSO.**
- Š· **Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castiello, M.T.: (1995) Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995; 30(3): 141-152.**

Rodríguez Rodríguez P. 1995 Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Colección Gerontología Social SEGG. Ed. SG. Editores.

Rodríguez Rodríguez, P; Valdivieso.C (1997). El Servicios de Ayuda a domicilio. Manual de Orientación. SEGG. Colección Gerontología social. Ed. SG Editores

- Š S.E.G.G. (2000) **Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España.**
- Š **Sancho Castiello, T. Rodríguez Rodríguez, P. "Política social de atención a las personas mayores" Gerontología Conductual, vol. I Ed. Síntesis (1999).**
- Š **Tibbitts, C. (1960). Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging, Chicago, The University of Chicago Press.**
- Š **Townsend, P. (1962). The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged, Londres, Routledge & Kegan Paul.**
- Š **Walker, A., y Neagle G. (1998): The politics of old age in Europe. London: Open. Unv. Press.**