

Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia

*El desafío del envejecimiento en los sistemas
sanitarios y sociales de España y Europa*

*María Teresa Bazo
(Coord.)*

Serie
EDAD Y SOCIEDAD

La colección Edad y Sociedad se propone dar respuestas diferenciadas a las necesidades surgidas en las distintas etapas del ciclo vital clásico, infancia, juventud, adultez y vejez, debido a los nuevos fenómenos sociales.

Está dirigida por el profesor Dr. Jesús Hernández Aristu, profesor titular de Trabajo Social en la Universidad Pública de Navarra y Andreu López Blasco, Dr. en Sociología y Director del equipo de investigación de A.R.E.A. (Valencia).

Coleccion edad y sociedad - nº11

Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia

El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa

© María Teresa Bazo

© Los Autores

© Derechos de edición:

Nau Llibres - Edicions Culturals Valencianes, S.A.

Tel.: 96 360 33 36, Fax: 96 332 55 82. C/ Periodista Badía, 10. 46010 Valencia

E-mail: nau@naullibres.com web: www.naullibres.com

Diseño de portada e interiores:

Pablo Navarro, Nerina Navarrete y Artes Digitales Nau Llibres

Imprime:

Publidisa

ISBN13: 978-84-7642-837-5

Depósito Legal: SE- x.xxx - 2011

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.



A todos los colegas que en España han trabajado, trabajan y seguirán trabajando en Sociología de la Vejez, para que sigan contribuyendo a la ampliación del conocimiento, y al desarrollo de la imaginación y la creatividad en las soluciones posibles para la mejora de las condiciones de vida de todas las personas en las sociedades contemporáneas envejecidas.

Índice

Introducción	9
María Teresa Bazo. Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco	
Capítulo 1. El desafío del envejecimiento.....	17
María Teresa Bazo. Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco	
1. El envejecimiento de la población	17
2. Principales retos en las sociedades envejecidas.....	25
3. Políticas públicas	28
Bibliografía	29
Capítulo 2. Características personales y recepción de ayuda en cinco países europeos	31
María Teresa Bazo. Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco	
Iciar Ancizu. Doctora en Sociología	
1. Introducción.....	31
2. Resultados.....	39
3. Discusión y conclusiones.....	47
Bibliografía	49
Capítulo 3. Proceso de toma de decisiones en torno al cuidado: Responsabilidad filial y negociación	51
Iciar Ancizu. Doctora en Sociología	
1. Introducción.....	51
2. Responsabilidad filial: concepto y perspectivas	53
3. Responsabilidad filial y negociación	59
Bibliografía	67
Capítulo 4. La Externalización del cuidado. Inmigración y Género.....	71
Joaquín Giró. Profesor de Sociología, Universidad de La Rioja	
1. Introducción.....	71
2. Características del sector de cuidados	74
3. La población inmigrante empleada.....	76
4. Características de las actividades de cuidado	82
Bibliografía	85

Capítulo 5. El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual.....	87
Enrique Berjano Peirats. Catedrático de Escuela Universitaria, Universitat de València	
1. Discapacidad intelectual y envejecimiento.....	87
2. Una aproximación al número de p.m.c.d.i. en España. Escenarios de futuro	88
3. En torno a un perfil de las p.m.c.d.i.....	91
4. Propuestas de futuro para un envejecimiento de calidad en p.c.d.i.	92
Bibliografía	104
Capítulo 6. Cuerpo, discapacidad y vejez.....	107
Pedro Sánchez Vera. Catedrático de Sociología, Universidad de Murcia	
1. Cuerpo y discapacidad. Una aproximación teórica	107
2. Sentidos y discapacidad.....	109
3. Medicina, discapacidad y vejez	111
4. Conclusiones.....	120
Bibliografía	122
Capítulo 7. Ancianidad, memoria y prevención de la dependencia	127
Gerardo Hernández Rodríguez. Profesor Titular de Sociología. Universidad de La Coruña	
Leticia Ameijide Estévez. Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad de Santiago de Compostela	
1. Introducción.....	127
2. La memoria como potencia del ser humano	129
3. Intervención con familias y prevención de la dependencia	135
4. La última etapa de la peregrinación.....	141
Bibliografía	142
Capítulo 8. Envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico.....	145
Lourdes Pérez Ortiz. Profesora Titular de Sociología, Universidad Autónoma de Madrid	
1. Introducción.....	145
2. Los factores del gasto sanitario.....	148
3. El consumo sanitario de los mayores y otros factores de demanda.....	151
4. Factores de oferta.....	156
5. Un nuevo concepto de salud y enfermedad	157

6. Conclusiones.....	163
Bibliografía.....	164
Capítulo 9. Coordinación sociosanitaria: necesidad ineludible dentro de la atención a las personas mayores	167
José Carlos Millán Calenti. Catedrático (EU) de Gerontología Clínica y Social, Universidad de A Coruña	
1. Los mayores y sus problemas en relación con la salud	167
2. Los mayores y sus problemas en relación con el campo social.....	172
3. Los vínculos entre lo sanitario y lo social en relación al envejecimiento	175
4. La coordinación socio-sanitaria dirigida a las personas mayores.....	176
Bibliografía	182
Anexo 1. Documentos internacionales sobre atención sociosanitaria	184
Anexo 2. Documentos sobre atención sociosanitaria en el ámbito del estado	185
Capítulo 10. El empoderamiento y la vejez	187
María Pía Barenys Pérez. Profesora emérita, Universidad Autónoma de Barcelona	
1. Introducción.....	187
2. Comparación entre los dos textos a través de sus diferencias y semejanzas	189
3. Resumen de las obras	191
4. Análisis de las narrativas	192
5. Empoderamiento.....	213

Introducción

María Teresa Bazo

Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco

El envejecimiento de la población es un hecho inédito en la historia de la humanidad. Nunca hasta las últimas generaciones de personas mayores –y especialmente en las sociedades económicamente más desarrolladas– el volumen y proporción de las personas de más edad habían alcanzado niveles tan notables. Este hecho coincide con el descenso de las tasas de natalidad, las más bajas de la historia, lo que está produciendo un cambio de la pirámide de población, cuya tendencia es a convertirse más bien en un cilindro.

La posibilidad de la mayor parte de las personas de llegar a viejo/a, que es un logro de la humanidad, conlleva una serie de retos, sobre todo en sociedades desarrolladas económicamente y con organizaciones políticas democráticas, en las que el cuidado de la salud se considera un derecho de las personas, y se exige de la Administración la atención adecuada. Las personas mayores se encuentran cada vez en mejor estado de salud, su apariencia es más joven que entre las generaciones pasadas, y sus recursos económicos, culturales y sociales son mayores que nunca. No obstante, el crecimiento imparable de las personas de más edad, las de 80 y más años, que es el subgrupo que acumula la incidencia y prevalencia mayores de enfermedades crónicas y multimorbilidad, hace que se plantee la viabilidad del sistema de salud y de los cuidados, sobre todo los cuidados de larga duración. Al mismo tiempo se cuestiona la viabilidad del sistema de pensiones, teniendo en cuenta la disminución que se espera para mediados del presente siglo del grupo de personas en edad de trabajar en relación al número de personas que dependerán de las transferencias del sistema económico, por lo que se procede en diversos países a modificar las condiciones de jubilación. Son los nuevos retos, junto a otros, como

la sostenibilidad del propio sistema económico y ecológico, relacionados también con el crecimiento de la población, a los que se enfrentan las sociedades contemporáneas.

En el libro se reflexiona sobre los desafíos que el envejecimiento presenta a los sistemas de salud y de cuidados, desde la perspectiva española y también europea. El desarrollo del análisis y reflexiones se lleva a cabo en diez capítulos. En el primer capítulo se analiza el fenómeno del envejecimiento desde el punto de vista demográfico, sobre todo en lo que afecta al estado de salud de las personas ancianas en Europa y otras características, y, desde la perspectiva de género, por las diferencias en la vivencia de la vejez que experimentan mujeres y varones. En el segundo, se analiza los determinantes en las características personales de las personas mayores que influyen en la cantidad y tipo de ayuda que reciben cuando se encuentran en riesgo de dependencia, en relación a los datos de una investigación europea realizada en cinco países, entre los que se observarán las diferencias y similitudes. El objetivo del tercer capítulo es analizar el contenido del principio normativo de responsabilidad filial, examinando en un análisis cualitativo, en dos generaciones diferentes, las expectativas pasadas de responsabilidad filial, las actuales y también las futuras que constituyen la base para la elaboración de políticas adecuadas de cuidado. Se analizan los factores que intervienen en el proceso de toma de decisiones en torno al cuidado de los padres/madres mayores, estudiando específicamente el mecanismo de la negociación.

Se observa una tendencia, que parece creciente en España, de que los cuidados de las personas dependientes estén en manos de mujeres inmigrantes, como extensión de la norma tradicional que señalaba a las mujeres de la familia, principalmente hijas y cónyuges, como cuidadoras principales, y relacionado con el escaso desarrollo del Estado del Bienestar que todavía cubre de manera parcial las necesidades de cuidado de las personas dependientes. Así, en el capítulo cuarto se pretende conocer, a partir tanto de datos secundarios como de entrevistas en profundidad realizadas a mujeres inmigrantes cuidadoras, las características del sector laboral, las particularidades de la actividad de los cuidados que dispensan (conocimientos, habilidades y actitudes), así como las consecuencias de todo tipo (económicas, sociales, familiares, emocionales) que para las cuidadoras tiene esta actividad de cuidado mediante su valoración.

La atención de las personas con discapacidad intelectual, que también envejecen y cuyo envejecimiento –por sus características– se considera que comienza antes que el del resto de personas de edad, son aspectos que se analizan en el capítulo quinto. Se presentan algunas propuestas y estrategias dirigidas a posibilitar una mejor calidad de vida en el futuro para dichas personas, que proceden de un trabajo de investigación realizado a lo largo de año y medio en el que, aparte de una profusa revisión sobre el tema, se han llevado a cabo diferentes estrategias metodológicas a fin de conocer la situación actual que rodea a estas personas, a sus

familiares y a los profesionales que desarrollan su actividad laboral en diferentes tipos de recursos que las atienden.

A partir del capítulo sexto se desarrolla una serie de temas de contenido en muchos casos controvertido, causa de debates conceptuales e incluso ideológicos, y que resultan medulares en la comprensión de los desafíos que presenta el envejecimiento poblacional, sobre todo desde el punto de vista de la atención social y cuidados de salud. En el capítulo sexto se desarrolla una aproximación teórica sobre cuerpo y discapacidad, la discapacidad y su relación con la estratificación social, y los debates en torno a la discapacidad. Desde la perspectiva de la vida como camino que se recorre al modo de un peregrinaje, en el capítulo séptimo se analiza la memoria de las personas como una estela configurada al final del recorrido vital. Se trata de la memoria particular, individual y personal, y la memoria colectiva, a través de la cual se consolida esa “síntesis cultural” que es el ser humano. Si se considera que el último paso del peregrinar es la ancianidad y la vejez, debe concluirse también que esa etapa, para los seres humanos, es una fase absolutamente irregular en su duración y en sus manifestaciones. En el capítulo se trata de correlacionar la última etapa de nuestra vida, de nuestra peregrinación, y esa estela, que es la memoria, y su desvanecimiento en ese momento, la ancianidad, al final del cual se rinde viaje.

Cuestionarse si el envejecimiento de la población puede influir en el desarrollo futuro de los sistemas de atención a la salud resulta sumamente pertinente. En primer lugar, puede tener consecuencias sobre las cifras de ingresos y gastos del sistema. Sin embargo, hasta el momento, el envejecimiento no ha sido el principal motor de la dinámica de estas magnitudes financieras, pues existen factores más poderosos como los que tienen que ver con la incorporación de tecnologías y las formas de gestión y organización. Es precisamente en estos aspectos en los que el envejecimiento puede plantear un verdadero reto a los sistemas sanitarios, pero también puede suponer oportunidades y convertirse en un verdadero nicho de creación de actividad económica y empleo. Un análisis de estas cuestiones se desarrolla en el capítulo octavo. En relación a la atención sanitaria y también social, un tema de debate continuo y en España inconcluso es el de la coordinación sociosanitaria que se desarrolla en el capítulo noveno desde una perspectiva gerontológica, de acuerdo a los modelos imperantes, a la vez que las posibilidades de introducir algunos aspectos nuevos en relación a los cambios sociales y a las características de las propias personas mayores. El libro se cierra con el capítulo décimo a modo de broche literario y metafórico de una publicación dedicada a discutir los desafíos de la dependencia en la vejez, precisamente con la idea relativamente reciente de dar poder a las personas mayores, describiéndose en el mismo un ramillete de ideas desarrolladas en otros capítulos, como la piedad filial y las obligaciones que conlleva o la familia cuidadora; enfatizándose otras, como el derecho de las personas en todo momento a disponer del control de sus vidas ejerciendo su derecho a seguir tomando decisiones.

El libro, porque explora y analiza un conjunto de temas en torno a uno de los aspectos del envejecimiento poblacional que suscita más debate, como es la atención sanitaria y social de las personas ancianas en países envejecidos, interesa a profesionales, técnicos, académicos e investigadores dentro de la amplia área que supone la Gerontología Social. Dentro de ella se engloba la Sociología, la Medicina y profesiones sanitarias, la Psicología, el Trabajo Social y los Servicios Sociales, así como las Políticas Públicas. Asimismo incluye también las aproximaciones que desde otras disciplinas se realizan para la comprensión global del desafío que presenta el envejecimiento a las sociedades contemporáneas, como puede ser la Economía, la Ética y otras áreas del conocimiento cada vez más interesadas en el envejecimiento y sus consecuencias en sociedades que cambian continuamente.

Presentación de los autores

María Teresa Bazo, Catedrática de Sociología en la Universidad del País Vasco, se ha especializado en Sociología de la Ancianidad. Es además la primera cátedra en Sociología de la Ancianidad en la Universidad española. Autora de diversas publicaciones e investigadora principal de proyectos nacionales e internacionales relacionados principalmente con el bienestar y la calidad de vida en la vejez, y las relaciones familiares y sociales de las personas mayores, así como en maltrato a las personas ancianas, ha recibido premios a la Investigación. Es evaluadora de proyectos de investigación y de revistas científicas nacionales e internacionales, de las que forma parte del Comité Editorial, así como evaluadora de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) y de la Agencia de Calidad de las Islas Baleares. Diversos organismos oficiales han solicitado su asesoramiento, como la Ponencia de Sanidad del Senado, el Comité de Tercera Edad del Consejo Vasco de Bienestar Social, y el Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko). Ha representado a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en la Sección Social de la *International Association of Gerontology* y entre 2001-2009 ha representado a España en la *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) (Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores) patrocinada entre otros organismos por la Organización Mundial de la Salud.

Iciar Ancizu es Licenciada en Psicología y Doctora en Sociología por la Universidad del País Vasco. Lleva más de diez años trabajando en el campo de la Gerontología participando en diversos proyectos de investigación entre los que cabe destacar el Proyecto Multinacional OASIS sobre el papel de los servicios y la solidaridad familiar intergeneracional, el proyecto Calidad y Dependencia centrado en la definición de los grados de dependencia y las necesidades de servicios

asociadas o el Proyecto Gesquality enfocado en la aplicación del modelo EFQM de Excelencia en Centros Residenciales y en el Servicio de Ayuda a Domicilio. En la actualidad coordina proyectos de investigación aplicada vinculados a la implementación de estrategias de intervención con personas en situación de dependencia y está interesada en el desarrollo de mejoras en los servicios formales de atención y en la evolución del sistema de cuidados de larga duración de nuestro país. Es miembro del Comité de Ética Asistencial de SARquavitaie y ha participado en diversas comisiones nacionales e internacionales sobre calidad asistencial y desarrollo de indicadores. Actualmente tiene en su haber más de quince publicaciones y ha presentado ponencias en más de veinte congresos o jornadas.

Joaquín Giró. Profesor de Sociología de la Universidad de La Rioja, Coordinador de los cursos de Gerontología de la UR y autor de media docena de libros sobre envejecimiento.

Enrique Berjano Peirats (Valencia, 1945). Doctor en Psicología y Catedrático de Escuela Universitaria de la Universitat de València, enseñó e investigó en el área de la Psicología Social. De 1996 a 2001 ocupó el cargo de Subdirector de Formación e Investigación de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universitat de València. De los primeros años de labor investigadora destacan sus trabajos sobre drogodependencias. Posteriormente centra sus estudios en otras líneas de investigación como la relación entre abuelos y nietos, la atención a las personas mayores y sus implicaciones sociales, especialmente los problemas de salud y situación de dependencia, los inmigrantes como cuidadores. En este campo, destacan los proyectos de investigación “Cuidados a la dependencia y la inmigración” financiado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y “Estudio psicosocial de la dependencia en la Comunidad Valenciana” financiado por el la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, ambos como investigador principal. Obtiene el premio de Investigación Social del Excmo. Ayuntamiento de Valencia “La dependencia en personas mayores: un reto social en el siglo XXI. El impacto sobre el cuidador”. En los últimos años de su vida académica investiga especialmente el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, colaborando activamente con FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual). Es coautor del libro “Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI” (2010).

Pedro Sánchez Vera es Catedrático de Sociología en la Universidad de Murcia. Ha sido Director de Investigación del Instituto de Ciencias de la Educación y Director de la E.U. de Trabajo Social. En la actualidad es el Director del Departamento de Sociología y Política Social de la Universidad de Murcia y Director del Grupo de Investigación Sociología del Bienestar Social y del Envejecimiento. En

los últimos diez años ha dirigido doce proyectos competitivos, todos relacionados directa o indirectamente con la población mayor.

Gerardo Hernández Rodríguez es Doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor Titular de Sociología en la Universidad de La Coruña. Imparte las asignaturas de Sociología de la Familia, Servicios Sociales y Gerontología Social en las Facultades de Sociología, Ciencias de la Educación y Ciencias de la Salud y es miembro del Grupo de Investigación en Gerontología de dicha universidad. Sus líneas de investigación se centran, fundamentalmente, en la familia y en la ancianidad, participando en proyectos y contando con diversas publicaciones relacionadas con las mismas. Ha promovido, dirigido y coordinado diferentes programas de preparación para la jubilación, tanto presenciales como a distancia.

Leticia Ameijide Estévez es Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad de Santiago de Compostela y Máster Universitario en Gerontología Clínica por la Universidad de A Coruña. Actualmente realiza el Doctorado en Gerontología en la Universidad de Santiago de Compostela. Ha participado en diversos Congresos y publicado artículos relacionados con el campo de la memoria en las personas mayores.

Lourdes Pérez Ortiz es Doctora en Sociología por la Universidad Autónoma de Madrid, y en la actualidad es Profesora Titular en el Departamento de Sociología de la misma universidad. Entre sus publicaciones destacan: *Políticas de Vejez en España en el Contexto Europeo*, en coautoría con Manuel Castells, Madrid, IMSERSO, 1992. *Las necesidades económicas de las personas mayores*, 1997, I Premio de Investigación IMSERSO. Los cuatro informes del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO: *Las personas mayores en España. Informe 2000, 2002, 2004 y 2006*, Madrid, IMSERSO y el Informe *Envejecer en España / Ageing in Spain*, presentado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, organizada por Naciones Unidas en Madrid, en 2002. Además es autora de *Envejecer en Femenino. Las mujeres mayores a comienzos de siglo XXI*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2004; de *Estructura social de la vejez. Nuevas y viejas formas de envejecer*, Madrid, IMSERSO, 2005; y de *Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral*, Instituto de la Mujer, 2008. Ha participado en más de veinte proyectos de investigación con financiación pública. En la actualidad investiga sobre la jubilación anticipada, sobre el papel de las mujeres mayores como agentes de conciliación de la vida familiar y laboral, sobre la definición social de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia y sobre la relación entre el envejecimiento de la población y el cambio social. Además, coordina a veinte investigadores en Sociología de la Vejez en un proyecto de institucionalización de esta disciplina que se ha concretado ya en

la formación de un grupo de investigación específico en la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y en un comité de investigación en la Federación Española de Sociología.

José Carlos Millán Calenti, Doctor en Medicina, es Catedrático (EU) de Gerontología Clínica y Social, Director del Máster Universitario en Gerontología y del Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de A Coruña. Desarrolla su actividad en el campo de la docencia, investigación y asistencia dirigida a las personas mayores y al envejecimiento. Desde el año 2001 dirige el Complejo Gerontológico “La Milagrosa” de A Coruña especializado en la atención de las personas con demencia y enfermedad de Alzheimer, habiendo puesto en marcha diferentes programas dirigidos tanto a los pacientes como a sus cuidadores, destacando su línea de investigación referida a Nuevas Tecnologías y Envejecimiento.

María Pía Barenys Pérez, actualmente profesora emérita de la Universidad Autónoma de Barcelona, se ha especializado en Sociología de la Vejez. Ha dirigido el Grupo de Estudios de la Vejez (GEV) con sede en el Departamento de Sociología de la UAB. Ha sido codirectora de la Revista Multidisciplinar de Gerontología. Entre sus publicaciones puede destacarse *Las residencias de ancianos*, editada por la Fundació Caixa de Pensions, por la que obtuvo el premio Rogeli Duocastella, así como la edición y coordinación de un número de la Revista Papers del Departamento de Sociología (UAB) dedicado a la vejez. A lo largo de su trayectoria profesional ha impartido Cursos de Doctorado, Seminarios y Conferencias de su especialización en centros nacionales e internacionales, y participado en Congresos de ámbito nacional e internacional.

In memoriam

Al terminar el libro nos sorprende dolorosamente la muerte inesperada de uno de los coautores Enrique Berjano Peirats. En esta introducción estamos necesariamente obligados sus compañeros y amigos a rendirle un breve homenaje en recuerdo a su capacidad generosa para la amistad, pero también por su entrega a la investigación y a la docencia. En esta faceta siempre mostró un enorme compromiso individual por la mejora docente. Como él mismo decía “cada vez los alumnos me merecen mayor respeto, voy a intentar dar las clases con los cinco sentidos”. Jubilado sólo pocos meses antes, leía, investigaba y escribía sobre la felicidad. Quizá el objetivo último de los humanos. Descanse en paz.

Capítulo 1.

El desafío del envejecimiento

María Teresa Bazo

Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco

1. El envejecimiento de la población

En el presente capítulo se analizan, en primer lugar, los cambios demográficos que se han producido en todo el mundo, y en particular en la Unión Europea, que conllevan el envejecimiento de la población, teniendo en cuenta las variaciones por género en el proceso de envejecimiento. El fenómeno del envejecimiento en los países desarrollados económicamente tiene que ver con el desarrollo económico pero es también cultural y social. Puede decirse ya que el envejecimiento es esencialmente femenino, y que las desigualdades en la vejez aumentan.

Se analizan también los cambios en la esperanza de vida por género y los producidos en el mercado de trabajo en cuanto al previsible descenso del grupo de personas en edad de trabajar, al tiempo que aumenta el paro entre las personas jóvenes y que muchas mujeres se encuentran fuera del mercado de trabajo.

Asimismo se analizan los cambios previstos por el aumento del gasto en salud, la posición de Europa como región atractiva para la inmigración y la posibilidad de que la inmigración ayude a hacer frente a las necesidades de los mercados de trabajo y sistemas de pensiones en las sociedades ricas y envejecidas, revisándose brevemente las políticas públicas frente al desafío que supone el envejecimiento poblacional en sociedades desarrolladas y prósperas.

Una característica de las sociedades contemporáneas es el envejecimiento de la población. Este fenómeno, que recientemente se ha producido por primera vez en la historia de la humanidad, está tardando más en originarse en las sociedades menos desarrolladas económicamente, mientras que en las sociedades con mayor desarrollo económico puede hablarse de poblaciones envejecidas, aunque en grados diferentes entre sí. Europa es el continente más envejecido y África el más joven, esperándose según Naciones Unidas (2007) que seguirá siéndolo bien avanzado el presente siglo. En 2005, el 41% (dos quintos) de la población de África era menor de 15 años, mientras que solo el 5% sobrepasaba los 60. Para 2050, la proporción de niños disminuirá hasta el 29%, y la de las personas mayores aumentará hasta el 10%. En la misma publicación se confirma que el envejecimiento de la población mundial es inevitable.

El envejecimiento poblacional es el resultado del descenso de la mortalidad, lo que implica el aumento de la esperanza de vida, pero –y esta es la variable fundamental– acompañado del descenso en las tasas de natalidad. Esta variable ha cambiado de forma y con ritmos distintos en los diferentes países y en Europa en concreto.

Según datos de la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT, 2009: 127-173), la población mundial en 2005 era de 6.515 millones de habitantes, habiéndose prácticamente duplicado la existente en 1960, 45 años antes. La existente en Europa había pasado de 605 millones a 731, y la Europa de los 27 de 403 a 491 millones (y a 495 en 2007). Aunque la población ha aumentado en todos los continentes y grupos de países, desde un punto de vista porcentual se han transformado las proporciones: la Europa de los 27 ha pasado de representar el 13'3% de la población mundial en 1960 al 7'5% en 2005; el conjunto de todos los europeos, comprendidos los 27 de la UE, que representaban el 20% de la población mundial, ha pasado a representar el 11'2% en 2005.

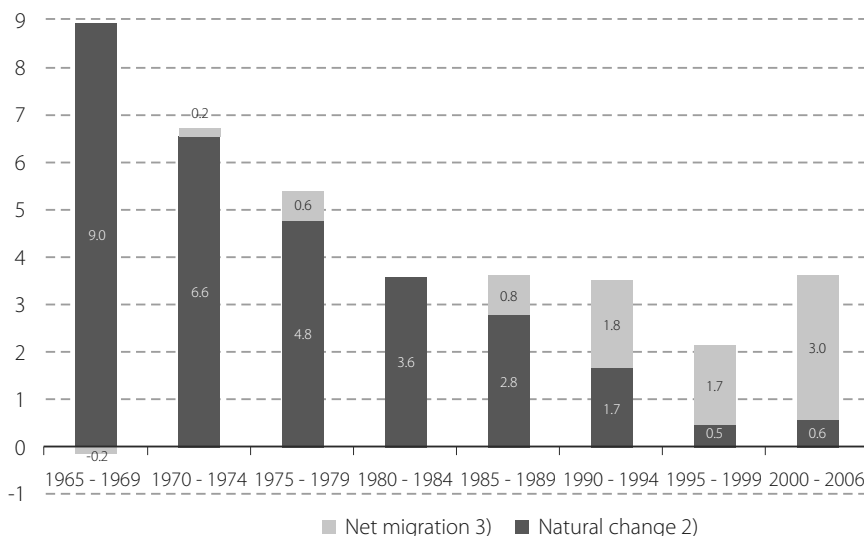
En relación a los cambios en las proporciones de diversos grupos de países en relación a la población mundial y las proyecciones al año 2050, en la U.E. está previsto que descienda su representación en ese momento al 5'4% de la población mundial. China también bajará en su proporción respecto a la población mundial hasta el 15%, cinco puntos menos que en 2005. Todos los países o grupos de países descienden en su representación de la proporción de la población mundial, excepto India y otros países que corresponden a los menos desarrollados.

El aumento de la población mundial alcanzó su punto más alto entre 1985 y 1990, cuando el número de habitantes se incrementaba de media en casi 88 millones por año. El crecimiento mundial se espera que descienda considerablemente para el año 2050, cuando se calcula que el incremento adicional anual de la población en el planeta suponga unos 33 millones de habitantes. La proporción en que se espera que aumente la población mundial entre 2005 y 2050 es del 41%, correspondiendo a África el crecimiento mayor, estimando que su población se duplicará, incluso un poco más, en ese periodo.

En cuanto a la Unión Europea, las predicciones de la oficina estadística de la Unión Europea señalan que la población seguirá creciendo hasta 2025, para decaer luego hacia 2050. Una de las variables de las que dependerá ese cambio es el saldo neto migratorio, factor difícil de predecir, por lo que no puede obviamente afirmarse que eso pueda ser realmente así. Dentro de la Unión Europea, algunos países como Chipre, Irlanda, Luxemburgo y Suecia crecerán de forma considerable, mientras que otros, como los de más al Este, los diez que entraron en la U.E. en 2004, se prevé que desciendan en su población. La situación en estos últimos países se deberá no tanto al descenso de la natalidad como a la emigración, pues se espera que grupos numerosos de personas, jóvenes y de edad mediana, abandonen sus países de origen buscando una vida nueva.

En el *gráfico 1* (Eurostat 2008: 25) se observa que, en el caso del cambio poblacional en la Unión Europea, el crecimiento va descendiendo hasta el quinquenio de 1995-1999, para ascender en el siguiente, pero ese aumento del crecimiento poblacional no es debido al crecimiento natural de la población, es decir, a la diferencia positiva entre nacimientos y defunciones, sino al crecimiento producido por el saldo migratorio positivo. El saldo neto migratorio era negativo entre 1965-1969, para pasar a ser positivo en los siguientes quinquenios, primero lentamente, pero de manera acelerada ya a partir de 1990. La proporción correspondiente a la migración sobre el crecimiento total de la población europea en el último quinquenio contemplado es de 3 sobre el 3'06 total del incremento.

**Gráfico 1. Componentes del cambio de la población UE
(promedio anual por 1.000 habitantes)**



Source(s): Eurostat - Population statistics

Extraction date: 3.7.2008

- (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Bruselas: Comisión Europea.
- Delgado, M. y Zamora, F. (2006). La contribución de las mujeres extranjeras a la dinámica demográfica en España. *Revista Sistema*, 190-191: 143-166.
- EUROSTAT (2008). *Living Conditions in Europe. Data 2003-2003*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- EUROSTAT (2009). *Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2009*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- (2010a). *Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2010*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- (2010b). *8 March 2010. International Women's Day. A statistical perspective on women and men in the EU27*. (Es una nota de prensa).
- INE (3 de julio de 2007): <http://www.ine.es/prensa/np460.pdf>
- INE (22 de junio de 2010): <http://www.ine.es/prensa/np600.pdf>
- Niessen, J. y Schibel, Y. (2002). *Demographic changes and the consequences for Europe's future. Is immigration an option?* Bruselas: The Migration Policy Group.
- OCDE (2006). *OECD in Figures. 2006-2007 Edition*. París: OCDE.
- ONU (es una nota informativa publicada por el Departamento de Información Pública—DPI/2460D—Junio 2007. Última vista 08-11-10): http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/pressreleases/wess07factsheet_sp.pdf

Capítulo 2.

Características personales y recepción de ayuda en cinco países europeos

María Teresa Bazo

Catedrática de Sociología, Universidad del País Vasco

Iciar Ancizu

Doctora en Sociología

1. Introducción

La organización del sistema de cuidados de larga duración se asienta sobre elementos estructurales y funcionales íntimamente relacionados entre sí. En el debate en torno a la protección de las personas en situación de dependencia, existe un acuerdo prácticamente unánime acerca de la necesidad de preservar “algunas formas de atenciones informales para garantizar la sostenibilidad general del sistema” (López Casanovas y otros, 2005: 7). Esto implica, no solo el reconocimiento a nivel social y económico de la labor realizada por el sistema informal, sino la identificación y el análisis del papel que juegan las diferentes características de las personas cuidadoras y cuidadas en la definición de relaciones particulares.

El análisis realizado a lo largo del capítulo se enmarca en el trabajo desarrollado en el proyecto OASIS (‘Vejez y Autonomía: El Papel de los Sistemas de Servicios y de la Solidaridad Familiar Intergeneracional’), financiado por la Unión Europea dentro del V Programa Marco de Investigación. El proyecto ha reunido a investigadores de cinco países: Noruega, Inglaterra, Alemania, España e Israel, que representan diferentes Estados de Bienestar y culturas familiares. Se ha anali-

zado una muestra de más de 6.000 personas de 25 años en adelante residentes en el medio urbano. El objetivo más importante de esta investigación trans-nacional ha sido proporcionar un conocimiento teórico acerca de los medios más eficaces para fomentar la autonomía en la vejez con el fin de incrementar el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores y mejorar la base para futuras políticas y estrategias de planificación.

Partiendo de este marco general, los datos expuestos en el presente capítulo examinan la influencia que tienen diferentes características básicas de personas mayores de 65 años sobre la ayuda que reciben de la familia o de los servicios sociales (públicos, privados y otros) en los cinco países participantes en la investigación, que se caracterizan por sus diferentes estructuras normativas y sistemas de cuidados. Se pretende, en última instancia, valorar el peso del *riesgo de dependencia funcional* en la provisión de ayuda, ya sea formal o informal, con el objetivo de reflexionar sobre los resultados obtenidos y su aplicación a la situación en España. Resulta relevante señalar que el *riesgo de dependencia* se entiende como la necesidad potencial de ayuda que pueden presentar las personas mayores en base a su capacidad para realizar diferentes actividades de la vida diaria.

La hipótesis de partida es que el riesgo de dependencia constituye una variable clave en la identificación de la necesidad de apoyo, independientemente de la fuente de ayuda o del país analizado y que, por lo tanto, resulta pertinente y adecuado basar la asignación de recursos formales en este criterio. Se espera, además, explorar el impacto y significación de diversas características socio-demográficas en la recepción de ayuda con el objetivo de identificar su validez como predictores en los diferentes contextos estudiados.

El fenómeno del cuidado es complejo en su estructura y naturaleza. Su complejidad proviene, no sólo de su carácter multidimensional con sus numerosos determinantes y consecuencias, sino de la construcción social de sus significados, que reflejan la cultura familiar presente y pasada y las realidades sociales más amplias en las que la relación de cuidado está inmersa. Desde esta perspectiva interaccionista simbólica, el cuidado se considera “determinado subjetivamente y específico de un sistema histórico y familiar” (Dressel y Clark 1990: 771). Se puede afirmar, por tanto, que el cuidado está influido y conformado por valores sociales y respuestas individuales y que encierra una relación que se desarrolla en un contexto socio-político y económico concreto.

El análisis de las políticas sociales y, en un sentido amplio y general, la construcción del contexto de cuidado, se puede realizar desde diferentes niveles y en base a distintos enfoques teóricos. Desde un punto de vista macrocomparativo ya tradicional, Esping-Andersen (1993) clasifica los estados de bienestar en tres categorías, residual (*market liberal*), continental (*conservative-corporatist*) y escandinava (*social-democratic*), basándose en el análisis de tres grandes áreas: las relaciones entre estado y mercado, la estratificación y la desmercantilización (*de-*

commodification). Inglaterra, Alemania y Noruega son, respectivamente, ejemplos de cada uno de los tres tipos de estados de bienestar. Esta categorización proporciona una base sólida para comparar transferencias en términos de seguridad social en países con regímenes de bienestar diferentes, pero resulta extremadamente débil a la hora de explicar los intercambios familiares y nada útil para analizar la dinámica de provisión de servicios (Kondratowitz, 2003: 32), elementos clave en cualquier Estado de Bienestar y, especialmente, en España e Israel, que no encajan en ninguno de estos tipos ideales.

Para superar estas limitaciones del *enfoque de los regímenes*, Esping-Andersen (2000) propone el concepto de *desfamilización (de-familialisation)* que supone el reconocimiento de que el mercado y las familias poseen un carácter estructurante en la conformación de los regímenes de bienestar. “En su acepción más generalista, Esping-Andersen entiende la desfamilización como una colectivización de las necesidades de las familias, o si se prefiere, una mayor responsabilidad del conjunto de la sociedad para procurar bienestar y satisfacción vital a los miembros de las familias” (Moreno, 2001: 187). Se trata, en definitiva, de la consideración de diferentes estrategias en el manejo de los riesgos sociales que pueden ser *interiorizados por las familias, asumidos por el mercado o absorbidos por el estado de bienestar*. La nueva orientación permite plantear en cada país modelos dominantes de familia que influyen en la manera de organizar el sistema de cuidados. Esto supone un reconocimiento explícito de una conexión directa entre los elementos macro y micro que establecen diferentes mecanismos para la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos.

Según esta perspectiva, España e Israel se situarían en lo que se ha denominado, justificadamente o no, *estado de bienestar mediterráneo*, que tiene diversas características distintivas, entre las que cabe destacar:

- Una distribución desigual de la protección social en los riesgos comunes. Esto se manifiesta en una sobreprotección de los riesgos asociados con la vejez (a través del pago de pensiones) y un escaso desarrollo de las ayudas familiares, los servicios y las viviendas protegidas.
- Un bajo nivel de regulación de la producción del bienestar: no se impulsa activamente una estrategia conjunta de actores públicos y privados, especialmente en el sector institucional.
- Un diseño universalista de la atención sanitaria mediante la existencia de un Sistema Nacional de Salud.
- Presencia activa de la familia como elemento característico.

Datos de análisis realizados en el marco del proyecto OASIS muestran que ni España ni Israel se ajustan perfectamente al modelo mediterráneo, con elementos que los conectan con los estados de bienestar centro-europeos (Kondratowitz, 2003) aunque presentan rasgos que los diferencian e identifican con los países del Sur de Europa.

- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Fontanals, D. y Bonet, R. (2003). *Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial*. Barcelona: Herder.
- Iglesias de Ussel, J. y Meil Landwerlin, G. (2001). *La política familiar en España*. Barcelona: Ariel.
- Kofahl, C.; Mních, E. y Döhner, H. (2006). EUROFAMCARE. Family Caregivers of Older Dependent People in Europe. Findings from a European Study. Disponible en: <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>
- Kondratowitz, H. J. (2003). Comparing Welfare States. En Lowenstein, A. (edit.). *Oasis. Old Age and Autonomy: The Role of service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Final Report*. Haifa: University of Haifa: 25-62.
- López Casasnovas, G. (dir.) y otros (2005). *Envejecimiento y Dependencia. Situación actual y retos de futuro*. Barcelona: Caixa Catalunya.
- Losada, A., M. y otros (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15 (1), 57-76.
- Moreno, L. (2001). Crítica de libro sobre *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. *Revista Española de Sociología*, 1, 185-188.

Capítulo 3.

Proceso de toma de decisiones en torno al cuidado: Responsabilidad filial y negociación¹

Iciar Ancizu

Doctora en Sociología

1. Introducción

El cuidado informal constituye uno de los factores clave del bienestar social en España. Su relevancia es tal que, históricamente y todavía en la actualidad, se conceptualiza como un *sistema*² cuya contribución es esencial en la configuración

1 El desarrollo teórico y análisis expuestos a lo largo de todo el capítulo se basan en la tesis doctoral defendida en la Universidad del País Vasco, no publicada, realizada por la autora bajo el título *Responsabilidad filial y cambio cultural en las expectativas de cuidados familiares en la vejez* en el marco de su participación como investigadora en el equipo español del proyecto OASIS (Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity). El objetivo principal de la tesis es estudiar el contenido de la norma de responsabilidad filial en el contexto de apoyo y cuidado familiar de las personas mayores en España, examinando en dos generaciones diferentes las expectativas pasadas de responsabilidad filial, las actuales y también las futuras, que constituyen la base para la elaboración de políticas adecuadas de cuidado. A nivel metodológico, se utiliza una triangulación de métodos, cuantitativos y cualitativos, para analizar los datos transversales. El trabajo profundiza sobre el concepto de responsabilidad filial y examina, tanto el papel de la responsabilidad filial en la conducta de ayuda, como los procesos de decisiones en torno al cuidado en los que la norma filial y la negociación juegan un papel esencial.

2 Se trata de un sistema peculiar, ya que no está organizado ni regulado, aunque sus numerosos componentes sí contribuyen a un mismo objeto; en este caso, la atención a las personas mayores y/o en situación de dependencia.

del modelo español de cuidados de larga duración. Es un hecho que los servicios sociales y sanitarios participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan y que la familia constituye la principal prestadora de apoyo en nuestro entorno (Bazo y Domínguez Alcón, 1996; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

Sin embargo, esta importancia indiscutible contrasta con su tradicional invisibilidad y su escaso reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor (Durán, 1999). El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado; se desarrolla en el ámbito doméstico y, como tal, queda oculto a la arena pública (García-Calvente, 2002). Y es, además, una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género, por lo que se entiende y se asume como una responsabilidad femenina. En ciertas investigaciones se ha observado la construcción social del rol de cuidadora en las mujeres, y la percepción social de ser ellas las proveedoras *naturales* de los cuidados (Bazo, 1998).

En este sentido, a lo largo de la historia reciente, el gran logro social que ha supuesto la consolidación del Estado de Bienestar ha hecho que se ponga un desproporcionado énfasis en los sistemas formales sociales y sanitarios, produciendo en el imaginario colectivo el efecto de sobredimensionar éstos y dejar en la sombra a los cuidadores y cuidadoras familiares, que han sido hasta hace poco los grandes olvidados del discurso prevalente (Rodríguez Castedo, 2005). Este ha sido y es el escenario tradicional aunque, desde hace algunos años, se vislumbran pequeños signos de cambio constante, no sólo en el terreno de los discursos teóricos, sino en el campo aplicado y en la esfera pública.

Así, en las dos últimas décadas, el cuidado familiar de las personas mayores o en situación de dependencia se ha situado en el centro del debate público y privado, convirtiéndose en un área de conocimiento y experiencia conformada por diferentes *factores clave*. Entre ellos, ocupa un lugar relevante el proceso de construcción y transformación de la responsabilidad filial en el seno de la organización familiar como elemento esencial de las relaciones de parentesco.

Las normas y valores aparecen como factores fundamentales cuando se estudian los motivos por los que se proporciona ayuda y cuidado a las personas ancianas (Silverstein 2000). El cuidado que se da y la organización de la ayuda depende fundamentalmente de las expectativas y lo que estén dispuestas a dar las distintas generaciones a nivel familiar, pero también de lo que se espera de ellas a nivel social. De hecho, la norma filial surge y se desarrolla a través de la interacción entre la actuación individual y el conjunto de normas que configuran el acervo cultural e ideológico de una sociedad.

El interés por las obligaciones familiares en general, y por las expectativas de responsabilidad filial en particular, es reciente en la investigación española. De hecho, la investigación, al igual que ha ocurrido en los ámbitos político y social, ha considerado el tema como un asunto privado, como un rasgo definitorio de las

relaciones de parentesco y, por lo tanto, obvio y carente de interés científico. Hay que esperar hasta los años noventa para encontrar los primeros estudios que analicen las obligaciones familiares y aporten datos sobre el estado de la cuestión (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996; INSERSO, 1995a, 1995b). A partir de ese momento, la producción no ha dejado de crecer, aunque el análisis se mantiene a nivel descriptivo y, fundamentalmente, centrado en los déficits y no en las potencialidades del sistema.

La conceptualización de la responsabilidad filial y el análisis de su evolución desde diferentes enfoques permiten identificar el fenómeno y su alcance en la comprensión de los distintos procesos que constituyen el cuidado familiar.

2. Responsabilidad filial: concepto y perspectivas

Hace ya cincuenta años, Schorr (1960) definió la responsabilidad filial como la obligación de los hijos adultos de satisfacer las necesidades básicas de sus padres mayores. Posteriormente, el propio autor (Schorr, 1980: 1) afirma que el término responsabilidad filial indica “la responsabilidad sobre los padres ejercida por los hijos. Dicha concepción subraya el deber más que la satisfacción y usualmente va ligado a protección, cuidado o apoyo económico”.

En un sentido similar, las normas de responsabilidad filial se definen como las obligaciones de los hijos adultos de satisfacer las necesidades de sus padres mayores, particularmente en los años posteriores a la jubilación. “La responsabilidad filial se entiende como una actitud de responsabilidad personal hacia los propios padres que enfatiza el deber, la protección, el cuidado y el apoyo económico. Como tal, estas normas se pueden entender como indicadores de la tradicional función protectora de la familia” (Hanson, Sauer y Seelbach, 1983: 626).

Una década más tarde, Blieszner y Hamon (1992) conceptualizan la responsabilidad filial como un sentimiento de obligación personal de ayudar a mantener el bienestar de los padres mayores. Se enfatiza, de esta forma, el deber y la voluntad de proteger y cuidar a los progenitores en su vejez. Los autores basan su trabajo en una revisión de la literatura sobre actitudes de obligación filial, motivaciones para llevar a cabo los deberes filiales y la ejecución del rol filial en la forma de cuidado de los padres, prestando especial atención a las diferencias de género en estas áreas. Se muestra que el soporte por parte de los hijos se proporciona en circunstancias concretas y que la construcción de los patrones de cuidado se ve influido por una variedad de factores estructurales y funcionales de distinta naturaleza.

En esta línea, las expectativas de responsabilidad filial se refieren al grado en que se espera que los miembros jóvenes y de mediana edad de la familia proporcionen asistencia a sus padres mayores y den prioridad a las necesidades de sus padres

- Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. (A/CONF.197/9). Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas.
- Qureshi, H. (1990). A research note on the Hierarchy of Obligations among Informal Carers – A Response to Finch and Mason. *Ageing and Society*, 10, 455-458.
- Qureshi, H. y Walker, A. (1989). *The Caring Relationship. Elderly People and their Families*. London: Macmillan.
- Reher, D. (1997). Familia y sociedad en el mundo occidental desarrollado: una lección de contrastes. *Revista de Occidente*, 199, 112-132.
- Rodríguez Castedo, A. (dir.) (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- Rosenmayr, H. (1984). Norms and Solidarity. En Garms-Homolová, V.; Hoerning, E. M. y Schaeffer, D. (eds.). *Intergenerational Relationships*. Lewiston, NJ: C.J. Hogrefe Inc.
- Schorr (1960). *Filial Responsibility in the modern American family*. Washington, DC: Social Security Administration, Division of Program Research.
- (1980). *Thy Father and Thy Mother. A second look at Filial Responsibility and Family Policy* (Social Security Publication 13-11953). Washington, D.C.: Department of Health and Human Services.
- Silverstein, M. (2000). Comparative Perspectives on Intergenerational Solidarity. Presentation at Conference: *Concepts and Design of Intergenerational Research*, *Europäische Akademie*, Berlin, April 4-9.
- Silverstein, M.; Gans, D. y Yang, F. M. (2006). Intergenerational Support to Aging Parents. The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27 (8), 1068-1084.
- Sussman, M. (1983). Law and legal systems: The family connection. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 9-21.

Capítulo 4.

La Externalización del cuidado. Inmigración y Género

Joaquín Giró

Profesor de Sociología, Universidad de La Rioja

1. Introducción

El envejecimiento de la población es un indicador demográfico de la modernidad o posmodernidad de las sociedades, a la vez que un reto socio-sanitario por la impronta que el crecimiento de este sector de población constituye en las políticas económicas, que, en general, no han sido proyectadas para una sociedad dominada por las personas mayores de sesenta y cinco años y en buena medida por viejos y dependientes.

En España, según datos recientes, siete millones de personas han cumplido los sesenta y cinco años, lo que supone casi la quinta parte de la población. A ello se une el fenómeno que se viene denominando “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el incremento de las personas mayores de ochenta años, entre quienes se encuentran las más necesitadas de atenciones y cuidados en la vida cotidiana por las carencias que muestran para la realización de las actividades básicas para la vida diaria (ABVD).

El 30,5% de las personas mayores de más de sesenta y cinco años poseen algún tipo de discapacidad, estando asociada a una dependencia el 21,6%. Es decir, casi un cuarto de las personas de más de sesenta y cinco años son dependientes y necesitan la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria (Martínez Buján, 2009). Si a esto sumamos las reformas en los servicios sanitarios que ponen el énfasis en la atención a la salud en el propio entorno, evitando la hos-

pitalización o el ingreso en residencias, y añadimos los cambios demográficos y sociales relativos a la composición de los hogares, así como la asunción de nuevos roles en la mujer, acordaremos que, en consecuencia, los servicios de cuidados a personas dependientes debían ser y han sido externalizados.

Empieza a ser común en España que los cuidados de las personas dependientes estén en manos de mujeres inmigrantes, como extensión de la norma tradicional que señalaba a las mujeres de la familia, principalmente hijas y cónyuges, como cuidadoras principales (Tobío et al., 2010). El escaso desarrollo del Estado del Bienestar, que todavía cubre de manera parcial las necesidades de cuidado de las personas dependientes, el envejecimiento de la población, la reciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, los cambios en la composición de los hogares familiares, la insuficiente corresponsabilización de los miembros del hogar en el cumplimiento de las tareas domésticas y los flujos migratorios de esta última década, entre otros factores, han permitido la externalización de los cuidados, constituyendo uno de los principales nichos de trabajo para las mujeres inmigrantes.

El conjunto de estos factores no son sino dimensiones del cambio social que se ha producido en esta década y que tiene que ver con la caída de las tasas de natalidad, la disminución de la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida, la tendencia a la privatización en materia de política social, la internacionalización del mercado de trabajo y la aceleración y crecimiento de los flujos migratorios. Además, se han observado numerosos cambios en el modelo de convivencia familiar a través del desarrollo de formas más diversas y complejas. Se tiende hacia modelos más reducidos, con incremento en el número de hogares monoparentales y reducción de la convivencia intergeneracional (aumento de la movilidad entre los miembros familiares).

Por su parte, los cambios en la situación social y laboral de las mujeres vienen de la mano de los cambios introducidos en las formas de convivencia en el seno de los hogares familiares, donde se enfrentan, con el fin de conseguir una situación de igualdad, a la posición de dominio de los varones y, en consecuencia, a la ideología patriarcal sobre la que se conformaron las sociedades desarrolladas. Sin embargo, en esta lucha por la igualdad se dan graves contradicciones pues, como respuesta a la ausencia de corresponsabilidad de los varones en la actividad doméstica y de cuidados, las mujeres trasladan a otras mujeres estas actividades, perpetuando los roles que pretenden combatir, al hacer de las mujeres inmigrantes el chivo expiatorio de su debilidad estructural en las relaciones de género (Giró Miranda, 2009).

A pesar de que la investigación sobre el trabajo de cuidadoras de las mujeres inmigrantes en los hogares españoles es todavía relativamente escasa (Tobío et al., 2010), sabemos que se han estudiado los factores que influyen en la aparición de este tipo de cuidados, las relaciones entre cuidadoras y personas cuidadas; el cuidado informal (principalmente el prestado por el entorno familiar), la salud de

las cuidadoras, la discriminación de las trabajadoras del sector de cuidados y las sobrecargas y el estrés de las mujeres que cuidan (<http://www.elsevier.es>). Por nuestra parte, ante la escasez de estudios sobre las condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras, sobre todo de las tareas que realizan y la repercusión sobre su vida personal, hemos decidido avanzar algo sobre estas cuestiones.

La metodología que hemos seguido ha utilizado diversas técnicas, aunque de modo sustancial se han movilizadas las cualitativas como principales instrumentos de investigación, específicamente la entrevista en profundidad y la historia de vida. Ambas, de larga tradición sociológica, nos permiten el análisis del proceso de cuidados tomando en consideración el punto de vista del actor social a través de sus experiencias enmarcadas en el contexto social que ha vivido y vive.

La información que nos han proporcionado las mujeres entrevistadas se ha organizado en torno a tres grandes bloques: uno relativo a la propia cuidadora, inquiriendo por las circunstancias de su viaje hasta España, su historial familiar, educativo y profesional; un segundo relativo al itinerario laboral en España, con mención especial a los trabajos de cuidado, y, finalmente, otro relativo a las características propias de las actividades del cuidado y su valoración. Se realizaron una docena de entrevistas, momento en el cual apreciamos que el discurso se repetía de algún modo y poco más nos podría aportar la materialización de nuevas entrevistas. Las cuidadoras fueron seleccionadas aleatoriamente, aunque en virtud de un perfil clasificatorio que nos permitiera identificarlas según la forma de desarrollar su trabajo: por horas o como internas, en el medio rural o urbano, a través de una empresa de servicios o por cuenta propia.

Los rasgos demográficos básicos nos indican que el 60% de las entrevistadas tenían una edad de 40 a 42 años (20% de 36 a 38 años y 20% de 50 a 64 años); el 70% estaban casadas y el 30% separadas o divorciadas; todas habían cursado estudios secundarios y, además, tres de ellas habían finalizado bachiller y otras tres estudios universitarios; diez de ellas tenían hijos, residiendo con ellas o bien en su país de origen. En conjunto, llevan una media de seis años en España (la que menos dos años y la que más doce) y proceden de Latinoamérica (Cuba, Nicaragua, Bolivia, Paraguay), Marruecos, Costa de Marfil y Rumania. La mayoría son integrantes de familias extensas con un gran número de hermanos y parientes consanguíneos, aunque pocas disponen de familiares en España (sólo dos), por la diáspora de los integrantes de esos núcleos familiares por toda la geografía mundial. A algunas les sobrevive su madre, pero no su padre. Ninguna había trabajado con anterioridad cuidando a personas, salvo una que compaginó su trabajo de maestra infantil con el cuidado de su madre afectada por un accidente cerebrovascular.

- Martínez Buján, R. (2009). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, nº 45, 99-109.
- Rodríguez Rodríguez, Vicente, y otros (2010). Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la Comunidad de Madrid. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, nº102 <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-inmigracion-01.pdf>
- Tobío, C.; Agulló, M. S.; Gómez, M. V. y Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.

Capítulo 5.

El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual

Enrique Berjano Peirats

Catedrático de Escuela Universitaria, Universitat de València

1. Discapacidad intelectual y envejecimiento

El proceso de envejecimiento que actualmente está afectando a un significativo número de personas con discapacidad intelectual (en adelante p.c.d.i.), constituye un problema social emergente, que se ha producido como consecuencia del aumento de la esperanza de vida entre estas poblaciones y que, según diferentes estudios, ha aumentado de forma considerable en los últimos años.

Presentamos a continuación algunas características generales que inciden en el proceso de envejecimiento de las p.c.d.i., según diferentes trabajos publicados en nuestro país, en fechas recientes:

1. Según la mayoría de fuentes bibliográficas consultadas, el proceso de envejecimiento en p.c.d.i. se manifiesta con más rapidez que entre la población general, aunque nos atrevemos a señalar, que, en estos momentos, y exceptuando las personas con discapacidad intelectual que tienen como origen un Síndrome de Down, esta aseveración comienza a ser cuestionada y la esperanza de vida entre estas poblaciones se incrementa de forma parecida al de la población general.
2. De cualquier manera, mientras que entre la población general el proceso de envejecimiento se inicia a los 65-70 años, en las p.c.d.i. este proceso se inicia a los 45-50 años.

3. El proceso de envejecimiento en p.c.d.i. se encuentra enormemente condicionado por las situaciones acaecidas en la persona a lo largo del ciclo vital (atención temprana, adecuada atención sanitaria, proceso de institucionalización, etc.).
4. Entre el grupo de p.c.d.i. que pudieran encontrarse en proceso de envejecimiento, la variabilidad en cuanto a sus manifestaciones es la característica predominante, siendo ésta más elevada cuanto mayor sea la edad de las p.c.d.i.
5. Los problemas de salud derivados del proceso de envejecimiento (aumento de patologías, excesivo consumo de fármacos, etc.) suelen verse incrementados en las p.c.d.i.
6. Mientras que entre la población general los servicios sociosanitarios dirigidos a las personas en proceso de envejecimiento se encuentran bien definidas, las p.c.d.i. que envejecen cuentan con escasos recursos para ser atendidas adecuadamente.
7. Así como entre la población general, en la evaluación de diferentes problemáticas derivadas del proceso de envejecimiento (memoria, depresión, valoración de la discapacidad en actividades de la vida diaria, etc.), disponemos de instrumentos adecuados para llevar a cabo este diagnóstico, en las p.c.d.i. se carece de los mismos, lo que ocasiona enormes dificultades de diagnóstico entre estas personas.
8. Actualmente en nuestro país, carecemos todavía de estudios longitudinales que nos permitan conocer las problemáticas derivadas del proceso de envejecimiento entre las p.c.d.i. Es más, ni siquiera contamos con protocolos adecuados que nos permitan monitorizar la evolución de estas personas a fin de predecir su futuro en diferentes aspectos que conciernen a la calidad de vida de las mismas como consecuencia de su proceso de envejecimiento. No obstante, algunos grupos de trabajo comienzan a desarrollar investigaciones en diferentes puntos de nuestro país –Cataluña (APPS, Proyecto Séneca, 2001), Asturias (A. Aguado y cols., 2005), A Coruña (Millan Calenti y cols. 2005, 2006), Navarra (Bayarri, 2005)– que intentan elaborar propuestas de intervención dirigidas de manera específica a estas poblaciones.

2. Una aproximación al número de p.m.c.d.i. en España. Escenarios de futuro

Un primer interrogante que surge a la hora de analizar el proceso de envejecimiento en p.c.d.i. en nuestro país está referido al conocimiento de la extensión del

fenómeno. Dicho de otro modo, en la actualidad, no conocemos con exactitud el número de personas con discapacidad intelectual que pudieran encontrarse en este momento iniciando un proceso de envejecimiento. Como sabemos, no existe un registro central de p.c.d.i. y tan sólo es posible una aproximación a este fenómeno a través del Registro de Valoración de Minusvalías, donde no siempre se encuentran registradas todas las personas que pudieran ser valoradas con un grado de discapacidad debido a su retraso mental.

En una primera aproximación al número de p.c.d.i. en nuestro país, Alustiza y Pérez Díaz (2005), a partir de los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, apuntaban un total de 25.615 personas con discapacidad intelectual mayores de 45 años en nuestro país en esos momentos.

Por nuestra parte, y en un intento de conocer la extensión del fenómeno, hemos llevado a cabo una aproximación al número de p.c.d.i. en España a través de las tasas (personas con retraso mental por cada mil habitantes) que se recogen en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999), y que han elaborado Jiménez y Huete (2003) en un interesante estudio para el Real Patronato de Minusvalías.

De este modo, a partir del Padrón de Habitantes (INE, 2006), presentamos en la tabla 1 una aproximación al número de p.c.d.i. mayores de 6 años en España.

Tabla 1. Aproximación al número de p.c.d.i. mayores de 6 años en España (2006)

Nivel de retraso	6-16 años	17-24 años	25-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	TOTAL
Profundo y severo	3.479	5.764	20.835	5.245	1.101	197	36.891
Moderado y medio	7.497	12.577	37.205	12.587	1.651	592	72.179
Leve y límite	7.081	9.433	23.811	5.245	2.201	-	47.771
TOTAL	18.327	27.774	81.851	23.077	4.953	789	156.771

Fuente: Elaboración propia a partir de tasas (tantos por mil) de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (Jiménez y Huete, 2003) y Padrón Municipal de habitantes de 2006.

Como podemos observar, el número de p.c.d.i. mayores de 6 años en España sería de 156.771, lo que equivaldría a unas 4 personas por cada mil habitantes en esas frecuencias de edad.

Por lo que se refiere a las posibilidades de intervenir en estas poblaciones a fin de desarrollar programas de envejecimiento con éxito, del total de p.c.d.i., tienen retraso mental profundo 36.891 (23,5%), tienen retraso mental moderado y medio 72.196 (46%) y tienen retraso mental límite o leve 47.771 (30,5%).

Capítulo 6.

Cuerpo, discapacidad y vejez

Pedro Sánchez Vera

Catedrático de Sociología, Universidad de Murcia

“Bonum ex integra causa, malum ex quocunque defectu”

(Una cosa es buena cuando es totalmente buena, es mala, cuando tiene un defecto)

Proverbio escolástico

1. Cuerpo y discapacidad. Una aproximación teórica

Partiendo del proverbio escolástico, la construcción social de la discapacidad en nuestras sociedades se realiza desde el presupuesto de que el o los dis-capacitados son personas sin capacidad o capacidades limitadas. Como señala un experto en sociología del cuerpo, nos encontramos ante una corporeización de lo social, pero no ya de una encarnación de lo social, sino de una socialización de lo carnal o corporal. Son frecuentes las alusiones a la sociedad como cuerpo o, aún más, a que ambas realidades se funden y confunden (Ramos Torre, 2007: 423), como veremos más adelante.

Igualmente, parece apropiado aproximarnos al concepto de discapacidad a partir del de estigma. Autores como Goffman nos ponen de relieve cómo la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. Es probable que, al encontrarnos ante un extraño, las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos (esto es, cuál es su identidad social), teniendo en cuenta que el carácter que atribuimos al sujeto

según la apariencia que nos da es una identidad social. Así, el extraño que posee un atributo que lo vuelve diferente de los demás (defecto, falla o desventaja) se convierte en alguien menos apetecible y dejamos de verlo como una persona normal y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. A veces también, un individuo puede ocultar un defecto físico, por temor a que su pretendido status físico se vea desacreditado (Goffman, 2006: 14-35). Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo. Goffman (o.c.) nos habla básicamente de tres tipos de estigmas: los referidos a las abominaciones del cuerpo, los referidos a los defectos de carácter del individuo y los referidos a la raza, la nación o la religión. En los tres tipos se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo, que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente, posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen el resto de sus atributos.

Las construcciones sociales sobre el sujeto estigmatizado parten de la idea de que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. A partir de este supuesto, la sociedad practica diferentes tipos de discriminación, que marcan al sujeto estigmatizado en tanto que sujeto inferior, situación que es frecuentemente interiorizada y que se denomina “aceptación”.

En otros casos, el sujeto estigmatizado tiende a corregir –de ser posible– las causas de su deficiencia estigmatizante (real o subjetiva). Así y a modo de ejemplo, en el caso de una persona con un defecto físico visible, es frecuente que intervenga sobre su cuerpo disimulando o corrigiendo el rasgo de su aspecto con el que no se siente socialmente cómodo (peso, altura, tersura y color de la piel, etc.). Referido a este aspecto, Foucault denominaba “tecnologías del yo” a uno de los tipos de prácticas mediante las cuales los seres humanos han producido conocimiento sobre sí mismos (los otros tipos de prácticas serían: las tecnologías de manipulación de cosas, las tecnologías simbólicas y las tecnologías de poder). Una de las características de las tecnologías del yo es el hecho de “permitir a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, 1990: 48).

Particularmente interesantes resultan las aportaciones de Goffman sobre la alienación grupal y la identidad del yo del sujeto estigmatizado, con una manifiesta ambivalencia en donde el estigmatizado adquiere estándares de identidad que aplica a sí mismo, a pesar de no poder adaptarse a ellos, siendo inevitable que sienta ambivalencia respecto a su yo, donde presenta una tendencia a estratificar a sus pares en la medida en que sus estigmas se manifiestan e imponen, pudiendo adoptar con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo las mismas actitudes que los normales asumen con él. Así, los que tienen dificultades auditivas no se consideran sordos, los que tienen una visión defectuosa están muy lejos de considerarse ciegos,

etc. (Goffman, 2006: 127). Estos pasajes, en los que Goffman relata las relaciones estigmatizantes de los “discapacitados” con los “normales” y con sus propios compañeros discapacitados, son particularmente ricas, señalando cómo hay un proceso de socialización del estigmatizado mediante el cual aprende los códigos que se les presentan –tanto explícita, como implícitamente–, y cómo se le previene contra lo que él llama la “minstrelización” (la persona estigmatizada quiere conquistar el favor de los normales exhibiendo todo el repertorio de cualidades negativas) y la “des-minstrelización” (aversión hacia sus compañeros que, sin convertir su estigma en un secreto, se enmascaran prudentemente) (o.c: 126-129).

Son otros muchos los conceptos que podríamos traer a colación para interpretar, tanto las construcciones sociales de la discapacidad, como la realidad social objetiva de los sujetos discapacitados ante el sistema social. Por ejemplo, algunos autores recurren al concepto de “violencia simbólica” de Pierre Bourdieu para referirse a este mecanismo de exclusión simbólico ejercido de muy diferentes maneras (Ferreira, 2006: 2).

2. Sentidos y discapacidad

El cuerpo humano es objeto de construcciones socio-culturales, y por tanto su análisis no se puede realizar al margen de las representaciones sociales. Tal como señala Le Breton (1995: 13-14), “Los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo”. Son muchos los autores que sostienen que la mejor forma de conceptualizar el cuerpo desde la teoría social es hacerlo desde su doble cualidad biológico y social incompleto, que se transforma –dentro de ciertos límites– como resultado y participación en la sociedad (Shilling, 1997).

La tradición sociológica, al igual que la antropológica, partía de una teoría naturalista del cuerpo humano, que consideraba a este como la base biológica, esto es, “pre-social”, basada en una dicotomía naturaleza/cultura escasamente flexible. Por otro lado, una teoría constructivista del cuerpo va a ver a este como receptor de significaciones sociales (Shilling, 1994: 62), lo que es lo mismo que considerar al cuerpo como producto social y analizable, no tan solo como fenómeno biológico. Así, los trabajos de la antropóloga Mary Douglas o de Erving Goffman y Michel Foucault hay que enmarcarlos dentro de este paradigma. A Douglas le interesó el análisis del cuerpo como metáfora (Douglas, 1988). Para Goffman (1987), el cuerpo ocupa un lugar destacado en su *microsociología*, otorgando gran importancia al análisis interaccional y, por tanto, a las actitudes corporales como fundamento de la dinámica de la vida social. Para Foucault, el cuerpo no solo tiene significación a

Capítulo 7.

Ancianidad, memoria y prevención de la dependencia

Gerardo Hernández Rodríguez

Profesor Titular de Sociología. Universidad de La Coruña

Leticia Ameijide Estévez

*Licenciada en Psicología Clínica por la
Universidad de Santiago de Compostela*

1. Introducción

Así como los peregrinos recorren un camino y van dejando tras de sí una estela que, con el paso del tiempo y las pisadas de quienes les siguen en la ruta se va desvaneciendo, también los seres humanos recorreremos el camino de nuestra vida, llegamos al final de esa peregrinación que es nuestra existencia y configuramos una estela que es nuestra memoria; la memoria particular, individual y personal y la memoria colectiva, a través de la cuales se consolida esa “síntesis cultural” que es el ser humano a decir de Francisco Zamora.

Decía Norberto Bobbio, en su obra “De senectute”, cuando en 1997 contaba ya 87 de edad, que “el mundo de los viejos, de todos los viejos, es, de forma más o menos intensa, el mundo de la memoria. Se dice: al final eres lo que has pensado, amado, realizado. Yo añadiría: eres lo que recuerdas. Una riqueza tuya, amén de los afectos que has alimentado, son los pensamientos que pensaste, las acciones que realizaste, los recuerdos que conservaste y no has dejado borrarse, y cuyo único custodio eres tú. Que te sea permitido vivir hasta que los recuerdos te abandonen

y tú puedas a tu vez abandonarte a ellos. La dimensión en la que vive el viejo es el pasado”. Norberto Bobbio falleció en el año 2004 a los 94 años de edad.

Ejemplos de memoria hasta que sus recuerdos les han abandonado hemos tenido en dos personalidades fallecidas no ha mucho: Francisco Ayala, a los ciento tres años, y Claude Lèvi Strauss, a los casi ciento uno

Si consideramos que la última etapa de nuestra peregrinación es la ancianidad y la vejez, hemos de concluir también que esta etapa, para los seres humanos, es una etapa absolutamente irregular en su duración y en sus manifestaciones.

Ser mayor hoy no significa necesariamente ser viejo, en el sentido menos favorable del término. Ser anciano, ser viejo no tiene por qué ser sinónimo de enfermo o inútil. Juvenal decía que los hombres imploraban a Júpiter una larga vida, y no se daban cuenta de que lo que le pedían era una larga vejez llena de continuos males. Francisco de Quevedo afirmaba que todos queremos llegar a viejos, aunque ninguno reconocemos haber llegado ya. Pero Santiago Ramón y Cajal sostenía que se es viejo cuando se pierde la curiosidad intelectual. Un poeta francés del siglo XVI, Pierre de Ronsard, decía que “nadie es viejo si no quiere” y otro poeta, este español, José de Zorrilla, decía de sí mismo: “Yo soy de esos viejos que nunca lo son”. Y otro dicho sentencia que “son viejos aquellos que dan buenos consejos porque ya no pueden dar malos ejemplos”.

En sentido sociológico, ser mayor hoy no es algo estrictamente vinculado a la edad cronológica o a la edad biológica. Ser mayor es, socialmente, “ser reconocido como tal por el grupo o sociedad de la que se forma parte”. Mayor, viejo o anciano es, desde la perspectiva sociológica, aquel que la sociedad en la que vive así lo define. Y la consideración social de las tareas específicas en cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad.

En esta cuestión, como en tantas otras, intervienen por un lado los factores objetivos y por otro los subjetivos. La imagen social de la ancianidad, como la de cualquier otra edad, tiene que ver con su estatus social, que viene determinado, generalmente, por el rol social, el cual se refiere a las costumbres y funciones de los individuos en relación con los grupos sociales o sociedades a las que pertenecen.

Un conocido aforismo psicológico nos dice que “el hombre no tiene más edad que la que cree tener”, lo que se traduce en que lo importante no es cómo está una persona físicamente, sino las ganas que cada una tenga de estar activo, de vivir.

Por consiguiente, ser mayor hoy es, también, tener fuerza, capacidad física y mental, ilusiones y ganas de vivir. Pero, así mismo, es tener experiencia y voluntad de disponibilidad de esa experiencia, no sólo a favor de los familiares –cónyuges, hijos o nietos–, sino incluso de otras personas con las que no nos

une parentesco alguno, desde las diferentes formas de solidaridad, colaboración, ayuda, apoyo o voluntariado. Los mayores, hoy y cada vez más, se hacen presentes en la familia y en la sociedad y sería un despilfarro social no aprovechar su concurso.

2. La memoria como potencia del ser humano

La memoria es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria, además de ser indispensable para nuestra supervivencia, enriquece toda nuestra experiencia.

Con la edad, se pueden producir algunas alteraciones en la memoria, como son los denominados olvidos cotidianos o pérdidas de memoria asociadas a la edad, pero estos problemas pueden evolucionar y convertirse en algo más grave como son las demencias; una de las más frecuentes es la demencia tipo Alzheimer.

Ahora bien, una parte importante de los problemas y quejas sobre la pérdida de concentración, memoria, reflejos y otras capacidades cognoscitivas que presentan las personas mayores no son debidas a causas biológicas o a disfunciones del sistema nervioso central, sino que son la consecuencia lógica de una falta de entrenamiento y ejercitación de dichas capacidades. Para solucionar estos problemas de memoria y conseguir un funcionamiento mejor en todos los niveles es necesario llevar a cabo una estimulación cognoscitiva para mantener activo nuestro cerebro, lograr enlentecer el deterioro cognoscitivo en caso de que lo hubiese y fomentar la interacción y la comunicación con otros individuos del propio entorno.

Los objetivos para el desarrollo, la participación y la salud física y mental de los mayores serían el aprendizaje durante toda la vida, la educación continuada y la actividad cognoscitiva.

La memoria es la capacidad que tenemos los individuos para recibir, recoger, almacenar y recuperar información en nuestro cerebro cuando nos es preciso (Millán, 2006). Configura nuestra propia identidad y de ahí, su enorme importancia para las personas. Se trata de un sistema funcional complejo y activo, determinado por el tiempo (Puig, 2003) e indispensable para la supervivencia del individuo en su entorno. En definitiva, el papel de la memoria consiste en enriquecer toda nuestra experiencia.

En el proceso de recordar se pueden diferenciar tres momentos o fases principales (Montejo y otros, 2001):

- *Fase inicial de adquisición o registro.* Es el momento en que se capta o recibe la información.
- *Fase de retención o almacenamiento,* en la cual se almacena el material.

Capítulo 8.

Envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico

Lourdes Pérez Ortiz

Profesora Titular de Sociología, Universidad Autónoma de Madrid

1. Introducción

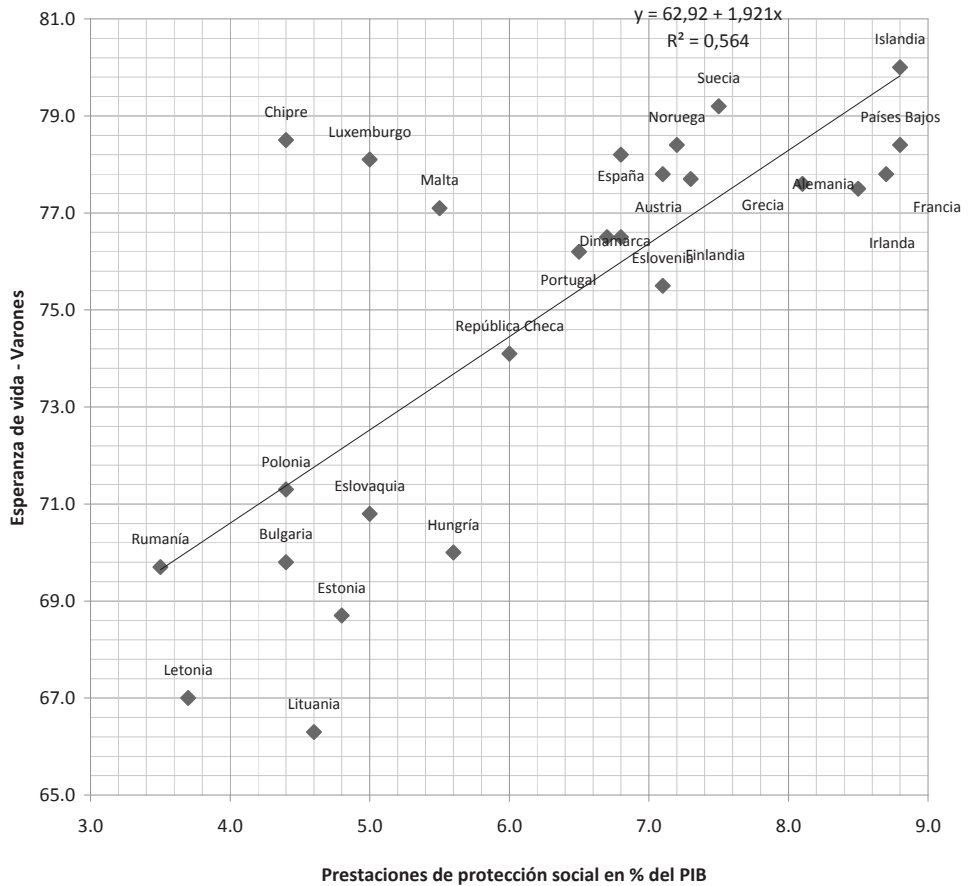
La preocupación por la relación entre el envejecimiento de la población y los gastos sanitarios forma parte de un interés más general sobre el funcionamiento de las economías asentadas en poblaciones envejecidas. La falta de precedentes históricos, así como un cierto determinismo demográfico, han añadido urgencia al debate. En el caso de la sanidad, la constatación de que las personas mayores necesitan más cuidados y por tanto consumen más recursos conduce a la conclusión de que el envejecimiento de la población encarecerá el cuidado de la salud hasta el punto de hacer inviables las estructuras de atención conocidas hasta el momento. La solución que suele proponerse –directamente relacionada con esta forma de entender el problema– consiste en la puesta en marcha de algún tipo de racionamiento de las prestaciones que, para ser efectivo, debería concentrarse precisamente en aquellos que consumen más.

El determinismo demográfico se manifiesta en la falta de consideración de otros factores que han sido mucho más decisivos, al menos hasta el momento, en la evolución de los costes de los sistemas sanitarios. Sin embargo, si el envejecimiento de la población no es la causa principal del aumento de los gastos sanitarios, reducir el consumo de las personas mayores tampoco es la solución o,

al menos, no es la solución más apropiada. Una medida de este carácter puede, efectivamente, contener los gastos sanitarios, pero al mismo tiempo oscurece el funcionamiento de los sistemas de atención a la salud y, en último término, no resuelve el problema. Aunque estos sistemas han obtenido en los países desarrollados unos resultados muy notables, existen, según los propios profesionales sanitarios, importantes posibilidades de mejora que pueden aumentar la calidad de los cuidados y, al mismo tiempo, contener los costes. Desde luego, se trata casi siempre de fenómenos más difíciles de medir que el envejecimiento de la población y cuya solución exige más esfuerzo que el que deriva simplemente de limitar los gastos.

Los resultados de los sistemas sanitarios se suelen medir en relación con la evolución de la esperanza de vida o de la esperanza de vida libre de discapacidad. La medida, desde luego, es sólo aproximada, ya que no toda la mortalidad o la discapacidad evitada pueden atribuirse a la acción de los sistemas sanitarios, sino más bien a la mejora general del nivel de vida o al aumento de los recursos educativos de la población (OCDE, 2010: 13; Ortún, 2008: 112). Además, la finalidad del cuidado de la salud va mucho más allá de evitar las muertes o la discapacidad. El objetivo es evitar el sufrimiento innecesario en términos también de síntomas y enfermedades que pudieran sortearse (Gervás y otros, 2007: 594). En cualquier caso, los progresos en algunos indicadores son espectaculares. Ortún (2008) señala que la sanidad podría haber empezado a contribuir de forma significativa a la mejora del estado de salud de los españoles aproximadamente a partir de 1970; en ese año, la esperanza de vida al nacer era ya de 72,4 años, pero desde entonces hasta ahora (2009) se ha producido una ganancia de 9 más. Estos resultados han situado a España como uno de los países más longevos y, sin embargo, no es de los que más invierten en el cuidado de la salud. Comparado con otros 23 países de la Unión Europea más Islandia y Noruega y, utilizando como indicador de longevidad la esperanza de vida de los hombres, España obtiene una posición claramente ventajosa. Si ajustamos una recta que resuma la experiencia conjunta de los 26 países, dado que la inversión en gasto público sanitario ascendió en 2008 a 6,8 puntos del Producto Interior Bruto, la esperanza de vida masculina debería ser de unos 76 años, pero en realidad fue 2,2 años superior. Si la eficiencia de un sistema sanitario se pudiera medir de esta forma, está claro que el español es uno de los más eficientes, comparable al de Suecia o Noruega y mucho más eficiente que el de Alemania y, sobre todo, Francia (gráfico 1). Si se repite un ejercicio similar sustituyendo la esperanza de vida por la esperanza de vida libre de discapacidad (gráfico 2), el sistema sanitario español sigue siendo más eficiente que el término medio de los 25 restantes países, pero esta vez quedaría claramente superado por un buen número de ellos, incluidos algunos de los nuevos países miembros.

Gráfico 1. Prestaciones de protección social en porcentajes del PIB y esperanza de vida al nacer de los varones, 2008



Fuente: EUROSTAT (consultado en diciembre de 2010)

- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324, 860-861.
- Seshamani M. y Gray A. M. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ*, 23, 217–235.
- Smith, R. (2002). In search of “non-disease. *BMJ* 324, 883-885.
- Zweifel, P.; Felder, S. y Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*, 8, 485–496.

Capítulo 9.

Coordinación sociosanitaria: necesidad ineludible dentro de la atención a las personas mayores

José Carlos Millán Calenti

*Catedrático (EU) de Gerontología Clínica y Social,
Universidad de A Coruña*

1. Los mayores y sus problemas en relación con la salud

La sociedad del Siglo XXI en lo que se refiere a su estructura social ha visto como sus miembros están alcanzando edades hasta hace pocas décadas impensables. Si nos referimos al mundo “desarrollado”, entonces los datos son elocuentes: la esperanza de vida al nacer se encuentra por encima de los 80 años y son muchos los individuos que por encima de esa edad todavía van a vivir muchos años.

En general, llegamos a edades avanzadas en mucho mejor estado de salud que antes, pero también llegamos muchos más. Eso hace que las alteraciones morfofuncionales propias del envejecimiento vayan afectando el estado del sujeto y aparezcan con más frecuencia las denominadas patologías edad-dependientes, definidas como aquellas que, en general, muestran sus consecuencias en sujetos de edad avanzada o, por lo menos, por encima de la edad considerada como de entrada en la vejez, los 65 años. En todo caso, no todas las enfermedades darán lugar a una clínica evidente desde su inicio pues, en muchas ocasiones, evolucionan de manera latente o subclínica, apareciendo los síntomas y/o signos según el sujeto va envejeciendo. En cuanto a la edad, aunque 65 años es una cifra generalmente aceptada como de

entrada en la vejez por su relación con la jubilación, en la actualidad habría que elevarla, ya que la situación en que se llega a dicha edad no tiene nada que ver con épocas anteriores. De hecho, los propios mayores, en la encuesta mayores 2010 para el libro blanco (IMSERSO, 2010), en su mayoría entienden que se es mayor por encima de los 70 años, aunque un porcentaje importante entienden que esta consideración incluye muchos otros factores además de la edad.

Aunque la edad es el marcador cronológico del paso del tiempo, en los seres vivos existen otra serie de marcadores de mayor o menor relevancia, siendo el biológico el que se refiere al estado de los órganos y sistemas. De ahí que, aunque cronológicamente tengamos muchos años, biológicamente podemos conservarnos bien o, al contrario, con poca edad cronológica, el paso del tiempo haya dejado signos de envejecimiento.

Imaginemos una persona que a lo largo de su vida ha practicado un deporte de riesgo o simplemente un trabajo de riesgo y ha desarrollado una degeneración articular denominada artrosis. En sus primeros momentos, esta degeneración va a pasar inadvertida, y será con el paso de los años y el incremento del desgaste cuando la articulación aparecerá tumefacta, enrojecida o con dolor. En todo caso, antes de producirse las primeras manifestaciones, el proceso degenerativo ya puede llevar años de actividad y, por su característica de “crónico”, sus manifestaciones serán irreversibles; podremos mitigarlas, enlentecer su evolución, incluso calmar el dolor, pero la articulación ya se quejará con mayor o menor frecuencia a lo largo de los años que nos queden, pudiendo aparecer otras manifestaciones o incluso una pérdida de movilidad (impotencia funcional) que nos impida movilizarnos sin ayuda (dependencia). Este sería un típico caso de enfermedad latente, cuyas manifestaciones se van retrasando, llegando a ser más evidentes cuando el sujeto envejece. Otras muchas enfermedades pueden ir evolucionando de esta manera; incluimos entre ellas a los diferentes tipos de demencia, a la diabetes mellitus, a la enfermedad de Parkinson, al glaucoma y otras. A diferentes edades, el proceso de envejecimiento patológico, que no fisiológico que se espera que sea igual para todos los individuos, irá marcando las diferencias y haciendo que lleguemos a la última etapa de la vida en condiciones muy diferentes.

En base al proceso de envejecimiento y la facilidad para enfermar, en algunos sujetos varias enfermedades se manifiestan de manera concomitante, es decir, a la vez. No es raro el sujeto de edad que presenta artrosis, diabetes y glaucoma o demencia tipo Alzheimer y trastornos motores por un accidente cerebro-vascular; las posibilidades son enormes ya que las enfermedades crónicas se pueden asociar, dando entonces lugar a otra característica del enfermar de la persona mayor, la *pluripatología*. Por supuesto, ante tantas enfermedades, tantos remedios (polifarmacia).

Tenemos pues tres de las claves para estructurar el sistema de atención a las personas mayores: enfermedades crónicas (*cronicidad*), que coinciden (*pluripatología*) y que son tratadas con diferentes fármacos (*polifarmacia*).

Veamos a continuación algunos datos referidos a las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas en las personas mayores, así como sus estancias medias en los hospitales y gasto sanitario que producen.

Según la *Encuesta Nacional de Salud de España 2006* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), el 54,4% de los hombres y el 36,8% de las mujeres de edad entre 65 y 74 años valoran positivamente su estado de salud, bajando el porcentaje al 41,6% y 29,1% cuando nos referimos a los mayores de 75 años. Los principales problemas diagnosticados por el médico en la población de personas mayores, podemos observarlos en la *tabla 1*. La hipertensión arterial es la patología más frecuentemente diagnosticada en la población en general (20,74%) y, cuando nos referimos a los grupos de mayor edad, alcanza porcentajes para ambos sexos del 50,65%, cuando nos referimos a la franja de 65 a 74 años, y del 53,89% cuando lo hacemos a los mayores de 75 años. El mayor porcentaje de hipertensión arterial diagnosticada corresponde a las mujeres mayores de 75 años. También presentan una alta prevalencia, en las personas mayores, las patologías reumáticas (hasta el 66,86% en las mujeres mayores de 75 años) y el colesterol elevado (hasta el 36,90% en las mujeres de 65 a 74 años).

Tabla 1. Problemas o enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico en personas mayores de edad igual o superior a 65 años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

	Hipertensión	Infarto	Otras enfermedades del corazón	Artrosis, artritis, reuma	Diabetes	Incontinencia urinaria	Colesterol elevado	Depresión, ansiedad y trastornos mentales
Ambos sexos	20,74	2,31	5,52	20,66	6,19	3,91	15,85	13,84
65-74	50,65	6,49	13,13	51,04	17,25	9,30	34,30	21,07
75 y más	53,89	8,87	21,56	56	18,72	16,72	25,56	20,97
Varones	18,69	3,21	5	13,32	6,34	2,95	15,45	8,20
65-74	43,77	9,67	12,39	34,96	19,44	8,03	30,94	10,45
75 y más	46,37	13,10	22,69	40,70	18,04	16,88	20,80	11,66
Mujeres	22,72	1,45	6,02	27,73	6,06	4,83	16,23	19,26
65-74	55,93	4,04	13,70	63,50	15,57	10,28	36,90	29,7
75 y más	59,28	5,85	20,74	66,86	19,21	16,61	28,95	27,62

Elaboración propia; Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Capítulo 10.

El empoderamiento y la vejez

María Pía Barenys Pérez

Profesora emérita, Universidad Autónoma de Barcelona

1. Introducción

Propongo el aprendizaje del empoderamiento a través de dos obras míticas de la literatura clásica occidental: *Edipo en Colono*¹ y *El Rey Lear*². Citando a Ricardo Iacub³, profesor doctor de la Universidad de Buenos Aires, y director del posgrado en Psicogerontología de esa Universidad, que me animó a realizar el análisis de estas dos tragedias bajo la óptica del empoderamiento, voy a realizar un breve recorrido por el significado conceptual y teórico de la construcción del empoderamiento.

El significado de la palabra empoderamiento, que proviene del inglés “empowerment”, es: potenciación, apoderamiento. El verbo to empower significa: dar o conceder poder, facultar, habilitar, capacitar, autorizar, dar poder de, potenciar, permitir, empoderar, otorgar el derecho (o la facultad) de; conferir poderes; (en el sentido comercial o legal) apoderar, comisionar. (www.elprisma.com). Se entiende por empoderamiento el proceso por el que ayudamos a la gente a ganar, volver a conseguir y mantener el poder o control sobre sus vidas⁴. Proponer este concepto a

1 Sófocles (2009) *Edipo en Colono*. Madrid: Alianza Editorial.

2 Shakespeare, W. (2006) *El rey Lear*. Madrid: Gredos.

Shakespeare, W. (2007) *El rey Lear*. Madrid: Espasa Calpe.

3 Iacub, R. *Identidad y envejecimiento* (2011), Buenos Aires: Paidós.

Otras obras: *Erótica y vejez* (2006) *Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós. *Proyectar la vida* (2001). Buenos Aires: Manantial.

4 Kelly, L. (1992) “The Contradictions of Power for Women” en Iacub, R. *Identidad y envejecimiento* (2011), Buenos Aires: Paidós.

la población anciana, sobre la que caen tantos estereotipos negativos, es ya todo un reto. Kelly considera que el término empoderamiento se refiere a este “poder para” y que se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistirse al “poder sobre”. El empoderamiento, según Iacub, implica un proceso de reconstrucción de las identidades, que supone la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en lo personal y en lo social. Myers⁵ mantiene que el objetivo último del empoderamiento es posibilitar que las personas mayores vivan de una manera que maximice sus habilidades para desarrollarse de manera autónoma, positiva y con estilos de vida satisfactorios.

La elección de estas dos obras responde a una mirada hacia los textos antiguos, clásicos, para ilustrar con dos personajes, Edipo y Lear, que la vejez no está exenta de tomar decisiones, es decir, que la persona mayor tiene que ejercer su poder, hacer que prevalezca su voluntad y controlar su destino muchas veces hasta el final de su vida. Dos circunstancias requieren el concurso de la persona cuando conscientemente llega a su fin: la legación de sus bienes y la legación de su cuerpo –la ley llena el vacío que pueda haber ante la inexistencia de voluntades póstumas–. En las dos obras planean las relaciones familiares en torno a la sucesión o el reparto de bienes, presentando sucesores corruptos por el ansia de poder (los dos hijos varones, en el caso de Edipo, y las dos hijas mayores, en el caso de Lear) y sucesores que respetan la decisión paterna (las hijas, en el caso de Edipo, que lo acompañan y cuidan hasta el final, y la hija menor de Lear, que acata su destino).

Este análisis pretende ilustrar, mediante estos dos personajes, la aceptación y la posibilidad de cambio de las personas ancianas. Un estereotipo muy frecuente en la vejez es que la rigidez de obra y de pensamiento determina las actuaciones de este grupo social. Estas dos obras ponen de manifiesto la capacidad de cambio de los protagonistas en una cuestión tan delicada como es la institución sucesoria. El reparto, la disposición de los bienes y la relación filial, cargada de emociones contradictorias, lleva a nuestros protagonistas a afirmar o a rectificar su postura frente al comportamiento de sus sucesores. Así, Edipo se mantendrá firme en su decisión de no apoyar a ninguno de los dos hijos enfrentados por el poder por más que éstos le acosen. Padecerá el dolor de sus disputas, pero permanecerá junto a sus hijas para dar cumplimiento a su destino. Lear reniega con desesperación de las dos hijas que lo han heredado y maltratado. Aceptará su error en el reparto injusto de su hacienda, pero la leyenda le da la oportunidad de rectificar su decisión respecto de la desheredada hija menor, aunque no le permitirá el goce de la felicidad hallada.

Desde la Gerontología se ha aceptado con demasiada facilidad que, a partir de una cierta edad, la persona anciana no cambia y no puede cambiar sus valores, y una de las pretensiones de este análisis es mostrar que mientras se es persona se puede cambiar, incluso reconocer los errores de las decisiones tomadas y rectificar

5 Myers, J. (1995) “The Psychological Basis for Empowerment” en Iacub, R. *Identidad y envejecimiento* (2011), Buenos Aires: Paidós.

sus consecuencias. Muchos autores sostienen que no se puede tener empoderamiento si antes no se ha caído en la debilidad, el fracaso y la extrema debilidad. Cabe preguntarse: ¿qué vida humana, pasada la edad adulta, no cuenta en su haber con el decaimiento y la dificultad?

Hablar de empoderamiento es hablar del reforzamiento de la propia identidad, pasada por el raspero de las experiencias vividas y los aprendizajes que le ha aportado la vida, en provecho de la flexibilización de su mente, la organización de su vida y la construcción de su presencia. Empoderarse es hacerse con el control, el poder, de la propia vida.

2. Comparación entre los dos textos a través de sus diferencias y semejanzas

Ambos textos, *Edipo en Colono* y *El rey Lear*, han sido calificados por la crítica literaria de todos los tiempos como símbolos universales de la ingratitud filial hasta el hostigamiento y, a su vez, como una de las máximas expresiones de la devoción filial hasta sus últimas consecuencias. Ambas obras, que nos han sido legadas desde diferentes tiempos y de diversas maneras, se refieren a temas universales: dos reyes, dos viejos, dos padres que tienen hijos que los rechazan e hijos que los aman. En las dos obras hay mujeres solícitas, buenas y generosas y hombres crueles, que habitan la maldad y el hostigamiento, y viceversa.

Edipo en Colono es la última obra de Sófocles y con ella cierra el destino de su más grande criatura trágica, Edipo, a quien nos presentó en *Edipo Rey*, que finaliza con la decisión del protagonista de arrancarse los ojos y condenarse al destierro. Así decide huir de Atenas y errar en compañía de su hija Antígona hasta hallar el lugar elegido para morir.

Sófocles (497 a.C.-406 a.C.) es quizá el máximo representante del teatro ateniense de la época clásica. Compuso un centenar largo de piezas, la mayor parte de las cuales se han perdido, y de las que sólo conservamos siete: ‘Áyax’, ‘Edipo Rey’, ‘Antígona’, ‘Tarquinias’, ‘Electra’, ‘Filoctetes’ y ‘Edipo en Colono’. Sófocles construye sus personajes a partir del legado de la tradición, pero se atreve a reformular sus caracteres, acentuando o aligerando ciertos rasgos según las necesidades de cada momento.

La obra de Sófocles tuvo ya en su época el reconocimiento de sus contemporáneos. Tanto Aristófanes como Aristóteles reciben su influencia y hacen mención de él como modelo de perfección. El teatro romano también lo tomó como modelo, aunque prefirió a Eurípides, quien también escribió sobre Edipo, así como Estacio y Séneca, todos ellos influidos por Sófocles. Por el lado de la música, muchos