

ATENCIÓN BÁSICA Y COMUNITARIA IDÓNEA A LA DEPENDENCIA

DEMETRIO CASADO PÉREZ

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

Sumario

1. LÍMITES A LA OPCIÓN FAMILIAR EN LA LAAD DE 2006.
2. FINES Y CONTENIDO DE LA ATENCIÓN BÁSICA A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.
 - 2.1 Dependencia.
 - 2.2 Factores personales y circunstanciales de dependencia.
 - 2.3 Contenidos de la función y estilos relacionales.
3. CONOCIMIENTO APLICABLE A LA ELECCIÓN DE MEDIOS.
 - 3.1 Principios.
 - 3.2 El enfoque comunitario.
 - 3.3 Potencialidad de los cuidadores familiares y apoyos a los mismos.
 - 3.4 Opciones internacionales.
4. CAMBIOS DE 2012 EN LA LAAD Y EN SU APLICACIÓN RELATIVOS A LA OPCIÓN FAMILIAR.

1. LÍMITES A LA OPCIÓN FAMILIAR EN LA LAAD DE 2006.

El primer objetivo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD en adelante) se refiere a “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.” (art. 2.1). Por otra parte, la Ley adopta el principio de “permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.” (art. 3.1). Frente a tales referencias, la LAAD contiene preceptos contrarios a la opción más familiar de su oferta, la “prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales” (art. 18): primero, establece la prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas (art. 14.2), incluida la citada; segundo, la declara excepcional (art. 18.1).

Cabe señalar, además, una importante omisión de la LAAD en la regulación de los servicios. La mayor parte de los que incluye en su catálogo (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche) (arts. 15, 22, 23 y 24) suponen la permanencia en el domicilio privado y la posibilidad de la provisión de cuidados por los familiares; pero en el texto de la LAAD no se establece la compatibilidad de los citados servicios con la “prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales” -lo que si se haría en parte por algunas comunidades autónomas (CC. AA. en adelante)-.

El menosprecio de la LAAD a los cuidados familiares en las situaciones de dependencia funcional (ocasionalmente, daré por sobreen-tendido el adjetivo) es uno de los hechos que me viene moviendo -y que me mueve en esta ocasión- al análisis de las posibilidades de aquellos en lo concerniente a la atención básica de la dependencia; tomo el primer término de la locución “atención básica” de la LAAD y denoto mediante ella tanto actividades de ayuda operativa como relaciones personales. A propósito de términos: no utilizo aquí la oposición formal-informal en razón de que este segundo calificativo esta connotado negativa y arbitrariamente (Daly y Standing, 2003: 33; Sánchez Reinón, 2012: 187).

Marx concluye su *Tesis sobre Feuerbach* con esta proposición: “Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo.” Debiera haber añadido: previo conocimiento adecuado para valorar con seguridad los objetivos a alcanzar y los medios utilizables. Ese conocimiento no es sólo el de carácter científico, sino también el filosófico-moral (Casado, 2005: 16 a 22). En pro de elegir los medios idóneos para la atención básica a la dependencia, indagaré en ambos campos.

De los trabajos aludidos, tuvo expresión pública una ponencia presentada en el III Congreso de la Red Española de Política Social (Casado, 2011). Para aquel y para este texto, recibí valiosas aportaciones de Natividad de la Red, Manuel Sánchez Reinón y María Jesús Sanz Andrés.

2. FINES Y CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN BÁSICA A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL.

La dependencia funcional es acreedora de la acción preventiva primaria, secundaria y terciaria. Y es posible y pertinente actuar con ese objetivo en todas las etapas de la vida, incluida la prenatal (Martínez-Frías, 2004) y con especial celo en la vejez (Ruipérez Cantera, 2004 y Gómez Pavón, 2007). Por otra parte, ciertas situaciones de dependencia van asociadas a enfermedades activas, de modo que requieren asistencia médica. Recordemos, además, el importante papel que juegan las ayudas técnicas y las medidas de accesibilidad en muchos casos de dependencia. Las citadas intervenciones y ayudas no son objeto de este texto, pero si tiene en cuenta las conexiones de las mismas con la atención básica.

La búsqueda de la idoneidad en la atención básica a la dependencia -objeto formal de este escrito- requiere, en primer lugar, conocer los fines y los contenidos de esa función. Y para ello, obvio es decirlo, hemos de tomar como referencia la naturaleza y demandas de las situaciones de dependencia.

2.1. Dependencia (Casado, 2004: 18 a 23).

La voz "dependencia" es un sustantivo verbal con tantos significados posibles como relaciones entre dos sujetos: dependencia energética, dependencia económica, drogodependencia humana o, en fin, dependencia humana funcional. Para esta última, ha hecho fortuna entre nosotros la siguiente definición adoptada en el seno del Consejo de Europa en 1998:

"La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas

a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".

"La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado". (Consejo de Europa, 1998: Anexo, 1).

Es usual pasar de la definición de la dependencia a la consideración de sus grados de afectación; pero me parece que debe abordarse antes la cuestión de sus clases. Las mismas presentan diferencias muy importantes. Como la dependencia es una quiebra de la autonomía, la exploración de aquella debe tomar a ésta como referencia.

2.2 Factores personales y circunstanciales de la dependencia (De la Red *et al*, 2010: 90 y 91).

Los factores personales propiciadores de la autonomía moral y de la operativa, así como también los relativos a la dependencia, son numerosos y diversos. En aras de la brevedad, enumero las clases de los mismos que me parecen más importantes mediante una tabla.

Tabla 1. Factores personales de Autonomía y Dependencia (no exhaustivo).

| CAPACIDADES | Factores personales | Factores promotores de autonomía | Factores promotores de la dependencia |
|--|--|--|--|
| Capacidad para tomar decisiones (con conocimiento y responsabilidad) | Cognitivo Emocional | Cuidados de salud prenatales Crianza saludable Atención temprana Atención a los problemas de salud mental | Patologías congénitas y por accidentes del embarazo y del parto Patologías adquiridas y accidentes ocurridos en el curso de la vida |
| Capacidad de desempeño o realización | Cognitivo Emocional Físicos Sensoriales | Los indicados para los factores cognitivo y emocional y análogos para el físico y el emocional | Los indicados para los factores cognitivo y emocional y análogos para el físico y el emocional |

El primer bloque de la tabla incluye los factores de la capacidad de tomar decisiones, es decir, de la **autonomía moral**. La misma requiere, en primer lugar, conocimiento y capacidad valorativa de las opciones objeto de posibles elecciones, así como de las consecuencias de éstas, tanto para el interesado como para los entornos. Estas capacidades se ven mermadas por la discapacidad intelectual, que a partir de cierto grado de intensidad supone dependencia moral relevante. Lo mismo cabe decir de algunos trastornos mentales; de ellos, en la epidemiología actual, las demencias son un importante bloque generador de dependencia moral, de gravedad variable. También pueden llegar a bloquear la capacidad de decisión racional ciertos trastornos psíquicos, como la ansiedad, la inseguridad, las obsesiones y otras alteraciones mentales cuando se manifiestan de modo grave y continuado.

Como es sabido, las alteraciones mentales aludidas son susceptibles de tratamientos

mediante medicamentos y psicoterapia que pueden aliviar y, en algunos casos, corregir la dependencia moral. Después indicaré la relación auxiliar de la atención básica con dichas intervenciones.

Por supuesto, tanto el factor cognitivo como el emocional no dependen sólo de la dotación natural de los individuos, sino que ésta se modifica mediante la instrucción, la formación y el desarrollo personal en las facetas relacionadas con los citados factores. Esas intervenciones no son objeto de esta exposición.

El segundo bloque de la tabla cubre el campo de los factores concernientes a la capacidad de desempeño o realización de actividades, vale decir, de la **autonomía operativa**. Ésta puede verse menguada por una amplísima gama de deficiencias congénitas y adquiridas derivadas de enfermedades y accidentes. Como es sabido, una parte de esos casos entrañan dependencia igualmente operativa.

La medicina, la cirugía y otras disciplinas -desde la ortopedia mecánica a la electrónica aplicada- vienen desarrollando una amplísima gama de medios para paliar y aún corregir la dependencia operativa. Después indicaré el punto de conexión de los mismos con la atención básica.

También influye en la autonomía operativa la capacitación técnica y personal. La primera se refiere a la preparación del individuo para la

acción en los entornos. La segunda corresponde a la habilitación para la gestión de la propia vida. Estas acciones quedan fuera del objeto de esta exposición.

Inciden también en la autonomía y la dependencia muy diversos factores circunstanciales. La tabla recoge algunas clases de ellos relativos a las posibilidades de hacer efectivas las decisiones y de realizar actividades.

Tabla 2. Factores circunstanciales incidentes en la Autonomía y la Dependencia (ejemplos).

| POSIBILIDAD DE | POSITIVOS | NEGATIVOS |
|---------------------------------------|---|--|
| Hacer efectivas las decisiones | Plenitud de derechos Integración relacional y social libre Poder adquisitivo suficiente Estados técnicos accesibles y asistidos Ayudas personales | Incapacitación jurídica Prisión y otras limitaciones de orden judicial Limitaciones de facto (internamiento asistencial) Pobreza y marginalidad |
| Desempeño o realización | Entornos técnicos accesibles y asistidos | Barreras materiales, funcionales o simbólicas en los entornos |

Las circunstancias de los individuos no afectan, en rigor, a su capacidad de tomar decisiones, pero si condicionan y aún bloquean su posibilidad de hacerlas efectivas. Este es un fenómeno que se manifiesta en el común de la población, pero tiene una incidencia especial de signo negativo en algunas clases de situaciones de dependencia. Por de pronto, los trastornos mentales y la discapacidad intelectual graves pueden abocar a medidas de incapacitación jurídica, las cuales afectan incluso a las decisiones residenciales (Alonso Seco y Gonzalo González, 1997: 356 y 357). Por otra parte, entre las personas con esas afectaciones son

relativamente frecuentes las condenas penales y las sentencias de privación de libertad (Casado, 2008: 570-582).

La capacidad de desempeño está obviamente condicionada por las características de los entornos. El ejemplo más obvio nos lo ofrece el medio físico: las escaleras constituyen barreras infranqueables para, entre otras, las personas sin funcionalidad en sus piernas; los ascensores y las plataformas elevadoras les posibilitan la movilidad vertical. En el orden simbólico: la información mediante una sola lengua en sociedades plurilingües llega a imposibilitar, por

ejemplo, que un enfermo conozca su diagnóstico y prescripciones correspondientes; la elegibilidad de lengua de comunicación asistencial -con auxilio de intérprete si fuera necesario- salva esa barrera.

Por supuesto, la dependencia se manifiesta con intensidades diversas, las cuales vienen siendo descritas mediante diferentes escalas. A efectos descriptivos, me parece especialmente indicada la graduación de la dependencia en relación con las clases de actividades de la vida diaria: básicas o de autocuidado; instrumentales o de desenvolvimiento en el medio social; y avanzadas, relativas a la participación social productiva, en el sentido amplio de este término (Casado, 2004: 21 a 23; Rogero, 2010: 193 a 195). La protección social de la dependencia requiere graduarla en relación con la intensidad de la ayuda requerida. Así, la LAAD, tras su

reforma mediante el Real Decreto-Ley 20/2012, establece tres grados (art. 26).

2.3 Contenidos de la atención y estilos relacionales.

Las combinaciones de los factores personales y circunstanciales de la dependencia, además de sus grados, generan una diversidad enorme de manifestaciones, la cual entraña una demanda de atención también muy diversa. Los contenidos de la atención han sido agrupados (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 173; Rogero, 2010: 38 y 39) en estas tres clases: material o instrumental, informativa o estratégica y emocional. Me servirá seguidamente de otro enfoque para visibilizar la diferencia de requerimientos de las dos clases indicadas de dependencia funcional.

Tabla 3. Fines y contenido de la Atención a la Dependencia.

| LIMITACIONES/ CARENCIAS para : | ATENCIÓN BÁSICA | ESTILO DE LA RELACIÓN | ATENCIÓN PERSONALIZADA |
|---|---|--|---|
| Tomar decisiones (con conocimiento y responsabilidad), por limitaciones cognitivas y/o emocionales | Tutela supletoria de las limitaciones-incapacidades para tomar decisiones | Tutelar directiva, respetuosa, motivadora, afectiva | Tratamientos psiquiátricos y de psicoterapia Terapia Cognitiva |
| Desempeño o realización por limitaciones cognitivas, emocionales, físicas o sensoriales | Ayuda logística supletoria de las limitaciones-incapacidades de desempeño | Idem para limitaciones cognitivas Según la demanda tácita o expresa del asistido en otros supuestos | Habilitación-rehabilitación somática y mental de mantenimiento |
| Relaciones personales y sociales | Facilitación o suplencia | Según la demanda del asistido | Tratamientos psicoterapéuticos |

Las limitaciones de capacidad para tomar decisiones con conocimiento y responsabilidad demandan ayuda humana, que puede llegar a suplir a los afectados en su actividad más personal. Esta clase de ayuda es propia de la atención básica.

Salvo que se asuman riesgos de daños graves para el interesado y, en ciertos casos, para terceros, la suplencia de la adopción de decisiones tiene necesariamente un carácter tutelar-directivo, que limita las posibilidades de salvaguarda de la autonomía moral de los asistidos. No obstante esto, incluso las afecciones más graves causantes de la incapacidad en examen, por lo general, no impiden experimentar agrado o desagrado con los cuidadores y sus prácticas, de modo que es posible y oportuno observar las manifestaciones indicativas de ello y obrar en consecuencia. En cualquier caso, la posición tutelar de los asistentes no puede excusar el respeto a los asistidos. Por otra parte, cuando estos sufran pobreza de relaciones sociales autónomas, como es muy frecuente, resulta especialmente indicado que la asistencia se realice de modo motivador y afectivo.

En los casos de dependencia moral menos graves no resulta necesaria la suplencia en la toma de decisiones, sino la complementación mediante consejo, asesoramiento, orientación, etc.

Los trastornos y deficiencias que incapacitan para tomar decisiones o la dificultan gravemente demandan asistencia psiquiátrica y/o psicoterapéutica. La misma requiere obviamente la intervención de facultativos y otros terapeutas para las funciones de diagnóstico, prescripción y terapia; los prestadores de la atención básica podrán y deberán guiarse en su función de las indicaciones que reciban de aquellos, median-

te los cuales colaboran en las terapias (Gómez Pavón, 2008: 31 a 35).

Las carencias de capacidad para la ejecución de actividades de la vida diaria demandan ayuda supletoria o complementaria al efecto. Por este lado, la misma está llamada a tener tanta diversidad como las manifestaciones de dependencia que la requieren. Dicha ayuda, obvio es decirlo, es propia de la atención básica. En esta faceta, la misma podrá contar en muchos casos con el concurso de ayudas técnicas e intervenciones de supresión de barreras físicas y de la información.

En una buena parte de los casos de dependencia operativa, la ayuda básica requerida hace parte de la vida íntima de los afectados: levantarse de la cama, asearse, elegir vestuario y enfundárselo... Esto plantea una obvia exigencia de que la ayuda se realice sin menoscabo de la dignidad de los asistidos. El modo como esto se logre debe guiarse por el criterio de los mismos con capacidad de elegir y de manifestarse, sea de modo expreso o tácito. Esta capacidad será clave igualmente para incorporar o no componentes de motivación y afectivos a la relación de ayuda; dicho de otra manera, no debe darse por supuesto que los mismos están indicados siempre.

Las situaciones de dependencia para la realización de actividades suelen demandar atenciones especializadas, como la habilitación, la rehabilitación de mantenimiento o la terapia ocupacional. Como es sabido, mediante las oportunas instrucciones, algunas de las actividades indicadas al efecto pueden ser realizadas por los propios interesados, en muchos casos con el concurso de sus asistentes básicos.

Las limitaciones para tomar decisiones y para la realización de actividades puede implicar dificultades de distinto grado para mantener las relaciones personales y sociales propias de la condición humana. La atención básica debe salvar esas dificultades y aún cubrir los huecos relacionales. La prestación de ayuda tutelar y operativa puede ser aprovechada al efecto practicándose de modo a la vez personal. Pero puede ser necesario propiciar o posibilitar otras relaciones específicamente personales más las de carácter social.

3. CONOCIMIENTO APLICABLE A LA ELECCIÓN DE MEDIOS.

El conocimiento de carácter científico goza en nuestra cultura de muy alto y justo aprecio como guía para la acción. Y también va siendo apreciada la información sobre buenas prácticas. Pero los objetivos finales y las condiciones morales de la acción pro bienestar no se derivan de las evidencias empíricas, sino que hemos de alumbrarlos mediante la filosofía (Casado, 2005: 16 a 18). Así pues, para indagar cuáles deban ser los medios idóneos de la atención básica a la dependencia, debemos servirnos de las tres fuentes de conocimiento citadas.

3.1. Principios.

En el mundo occidental, la acción pro bienestar debe tener como guía los principios y valores fundamentales asumidos por nuestra cultura; de ellos, son especialmente aplicables al objeto de esta exposición la dignidad de todas las personas, su libertad, la igualdad y la solidaridad. En la esfera pública, la Declaración Universal de los Derechos Humanos se inicia con la proclamación de dichos principios y valores fundamentales (art. 1), y sus disposiciones

sobre derechos sociales (arts. 22 y 25) cubren la atención a las situaciones de dependencia -salvo que no se utiliza este término-. Del mismo modo, nuestra Constitución asume los citados principios fundamentales (arts. 1.1 y 10.1); y también establece derechos sociales que abarcan -igualmente sin nombrarla- la atención a la dependencia (arts. 41, 43, 49 y 50).

De los principios evocados, creo oportuno comenzar aquí por la solidaridad, pues es el motor de la provisión de ayuda a las personas afectas de dependencia. Algunas de éstas tienen capacidad económica para comprar los servicios que necesitan; mas parecen ser mayoría los que carecen de tal capacidad. Para cubrir ese hueco, es imprescindible que la solidaridad actúe. La misma se manifiesta de modo abundante y espontáneo en el seno de las familias; pero esta línea de ayuda no alcanza a toda la demanda. En nuestras sociedades, son estimables las iniciativas voluntarias extrafamiliares de apoyo, entre otras necesidades, para las derivadas de la dependencia; pero sus aportaciones no llegan a todos los vacíos que dejan las coberturas familiares. El déficit que resulta de la autoprovisión más las solidaridades voluntarias, viene haciendo necesaria la solidaridad obligatoria. Su medio histórico es la imposición jurídica del deber de prestación de ayuda entre parientes (Código civil, I.VI). Pero en los estados sociales, como el español, la aplicación principal de la solidaridad obligatoria a la protección por dependencia se viene instrumentando mediante instituciones de protección de base contributiva -seguros sociales- o fiscal -seguridad social asistencial y LAAD-.

La dignidad de las personas exige, obviamente, atención de buena calidad, y también que aquella no sea tomada como medio para el logro

de otros fines. Recordemos el imperativo categórico de Kant en su fórmula del fin en sí mismo: “Obra de modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio en sí mismo.” (1972 [1785]: pp. 44 y 45) Esta norma es particularmente oportuna en relación con la frecuente valoración de determinadas opciones de atención a la dependencia por sus efectos colaterales, especialmente la creación de empleo, los retornos económicos y la igualdad de las clases sexuales.

A mi parecer, la dignidad de las personas entraña también la aportación de las afectas de dependencia. Como el común de los humanos, están moralmente llamadas a realizar por sí el máximo de actividades que sus circunstancias les permitan; especialmente de autocuidado. Esta orientación de conducta se ve amenazada por factores individuales y sociales: en algunos casos, la disponibilidad de apoyos -sean de próximos o de ajenos- propicia el abuso de los mismos; con frecuencia, la conmiseración es fuente de sobreprotección; la atención mediante servicios integrales deriva hacia la pasivización; etc. Por cierto y como es sabido, aparte de su significado moral, la autoprovisión es deseable desde el punto de vista de la promoción de la salud.

Las situaciones de dependencia para tomar decisiones suponen limitaciones subjetivas a la auténtica libertad. Y la dependencia de desempeño entraña riesgo para su ejercicio por los posibles conflictos de intereses entre los afectados y las personas o instancias que les proveen ayuda para sus actividades diarias. Estas circunstancias obligan a velar por la salvaguarda de la libertad posible de las personas

afectas de dependencia especialmente en lo relativo a la elección de los medios de atención. “El principio de la libertad de elección es fundamental a fin de garantizar el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de la persona dependiente.” (Consejo de Europa, 1998: Anexo, 3.2). La disyuntiva más importante al efecto se compone de estos términos: asistencia mediante internamiento o residiendo en domicilio particular.

El principio de igualdad es particularmente relevante en relación a las situaciones de dependencia por la desventaja funcional que supone la misma. Como esto es muy obvio dentro del común de la sociedad, mencionaré las reivindicaciones de diferenciación en la aplicación de la LAAD que hicieron algunos portavoces de entidades asociativas del área de la discapacidad. He aquí la declaración de uno de ellos que no desea ser identificado: “Como ya he dicho, X [la asociación] es crítica con la Ley de Dependencia, sin dejar de valorar que es un primer paso hacia una buena legislación a favor de los disminuidos. Pero sus críticas van centradas en el origen de esta Ley. Según X, esta Ley se pensó inicialmente para los ancianos y por la presión de las entidades dedicadas a los disminuidos/dependientes, se consiguió que también entraran en esta Ley, pero los baremos no están pensados para los disminuidos, sino para los ancianos y resultan de difícil aplicación.”

La afirmación sobre el origen de la LAAD choca con los siguientes hechos: *El Libro blanco* previo a la LAAD (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) considera la dependencia funcional en todas las edades; así puede verse en el capítulo primero, dedicado a la población objeto de protección; e incluye sendos capítulos para los menores de 65 años (el IV) y

los mayores (el V). En cuanto a los “baremos”, el examen del vigente cuando se produjo esa manifestación -aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril- muestra lo siguiente: las actividades físicas de la vida diaria objeto de valoración –comer, defecar, lavarse, etc.- pueden suponer problemas de ejecución a personas de cualquier edad; el baremo incluye una escala específica para valorar las limitaciones relativas a la toma de decisiones para las personas afectas de discapacidad intelectual y enfermedad mental -sin discriminación por edad-.

3.2. El enfoque comunitario.

En el pasado -como en el presente-, la atención de las situaciones de dependencia mediante internado era minoritaria, pero tuvo mucha notoriedad. Debieron de influir en ello factores como la monumentalidad de muchas de sus sedes y su densidad institucional.

Los internados -usual e impropriamente denominados instituciones de modo excluyente- han sido un medio de atención -y control, en algunos casos- a personas en situaciones de necesidad extraordinaria por orfandad y abandono parental, enfermedades y deficiencias mentales y somáticas graves y crónicas, pobreza y desvalimiento social... Son medios de diseño sencillo y de gran cobertura funcional, pero adolecen de graves inconvenientes.

Vives denunció la mala gestión de los establecimientos asistenciales (1992 [1525], segunda parte, caps. II y III). Viniendo a España y a la Ilustración encontramos en Cabarrús una crítica sistemática de los internados asistenciales y propuestas de reforma de signo resueltamente domiciliario. Expuso una y otras en la primera de las cinco cartas que escribió a Jovellanos

entre finales de 1792 y principios de 1793 -si bien se publicaron bastantes años después- (Cabarrús, 1820). El enfoque domiciliario tendría una estimable acogida en la Ley de Establecimiento general de la Beneficencia, de 23 de enero-6 de febrero de 1922. Y cabe decir lo mismo del Real Decreto de 14 de mayo de 1852 por el que se establece el reglamento de la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849.

En el siglo XX y en el mundo occidental, con una base empírica más rigurosa y amplia, se promueven reformas de sustitución de la pauta del internamiento por el enfoque comunitario, es decir, por la permanencia en la mayor medida posible de las personas necesitadas en su domicilio y en sus otros entornos habituales (Casado, 2007: 274 y 275). De tales movimientos merece ser destacado, en primer lugar, el de reforma psiquiátrica; cabe tomar como punto de partida del mismo el informe *Action for mental health*, publicado en 1961 y en los EE.UU. También merece ser destacada la acción pro medicina comunitaria y atención primaria en salud; proclamada ésta solemnemente en la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud sobre el asunto que se celebrara en Alma-Ata y en 1978.

El enfoque comunitario ha sido adoptado también por instancias muy relevantes para la protección de las situaciones de dependencia. Sirva como muestra la *Recomendación n° (98) 9* del Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa relativa a la dependencia, cuyo inciso final incluye la siguiente prescripción: “Las prestaciones deberán ser atribuidas y concedidas tanto a las personas que viven en su domicilio como a las que residen en instituciones. Sin embargo, el mantenimiento en

domicilio debe favorecerse.” (1998: Anexo, 31)

En la misma fuente se afirma que “la permanencia en el domicilio es generalmente preferida por la persona dependiente.” (Consejo de Europa, 1998: Anexo, 3.5).

En España contamos con dos encuestas de opinión sobre las opciones residenciales de la

“población española cuidadora de personas mayores”, con obvio conocimiento de causa. Dichas consultas se realizaron en 1994 y 2004, y fueron promovidas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 1995 y 2005). Como puede verse en la tabla 4, la preferencia por cuidadores y alojamientos familiares es muy amplia.

Tabla 4. Preferencias de los cuidadores de personas mayores sobre los cuidadores que preferirían para ellos mismos en el caso de necesitarlos en su vejez. Porcentajes.

| CUIDADORES PREFERIDOS | 1994 | 2004 |
|---|------|------|
| Una hija | 19,9 | 25,7 |
| Su esposo/a | 29,5 | 19,3 |
| Los hijos e hijas indistintamente | 16,7 | 13,8 |
| Una residencia pagada por la Administración | 8,5 | 7,4 |
| Profesionales de servicios sociales públicos | 2,3 | 6,0 |
| Un hijo | 3,5 | 5,4 |
| Una vivienda o miniresidencia en mi mismo barrio/pueblo | — | 4,1 |
| Otro familiar | 3,5 | 4,0 |
| La familia y los servicios sociales conjuntamente | 1,4 | 2,2 |
| Profesionales en una residencia privada | 4,8 | 2,1 |
| Otras | 2,1 | 1,8 |
| No sabe/No contesta | 8,0 | 8,2 |

Fuente: IMSERSO, 2005: 65.

Más recientemente, también el Imsero encuestó a las propias personas mayores, que

también optaron mayoritariamente por los domicilios particulares.

Tabla 5. ¿Dónde preferiría vivir Ud. si llegara a necesitar cuidados? Porcentajes.

| | Sexo | | | Edad | | | | |
|---|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Hombre | Mujer | TOTAL | 65 a 69 | 70 a 74 | 75 a 79 | 80 y + | TOTAL |
| En su casa aunque sea sólo/a | 14,5 | 16,1 | 15,4 | 11,4 | 17,7 | 16,2 | 16,2 | 15,4 |
| En la casa de un hijo/a o de otros familiares | 46,0 | 46,2 | 46,1 | 43,8 | 40,2 | 50,3 | 50,4 | 46,1 |
| Compartiendo una vivienda con otras personas | 0,8 | 1,4 | 1,2 | 1,1 | 2,0 | 0,5 | 1,0 | 1,2 |
| En una residencia/urbanización para mayores | 22,4 | 15,3 | 18,3 | 21,7 | 18,0 | 16,3 | 17,2 | 18,3 |
| En otro lugar | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| No sabe/No contesta | 16,2 | 20,8 | 18,8 | 21,7 | 22,0 | 16,4 | 15,2 | 18,8 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: IMSERSO. Encuesta de mayores 2010 (www.imsersomayores.csic.es).

La aplicación de la LAAD ha generado un hecho que parece convergente con las preferencias mayoritarias registradas por las encuestas citadas: la amplia aceptación de la “prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales” (art. 18) (www.dependencia.imserso.es) -la cual, por cierto, fue declarada excepcional por la Ley (art. 18.1)-. Parece que la abundancia de concesiones de la citada prestación viene condicionada por factores ajenos al interés de los beneficiarios, especialmente el de las Comunidades Autónomas por reducir gasto (Jiménez Lara, 2012: 19); pese a ello, dije “aceptación” porque la efectividad de los servicios y prestaciones de la LAAD requiere la solicitud o al menos la aceptación de los interesados.

Quede nota, finalmente, de que la conexión comunitaria debe procurarse también en la ubicación residencial de personas afectas de dependencia fuera de los domicilios propios o de familiares. La fórmula más próxima es el acogimiento familiar. En el otro extremo encontramos experiencias e investigaciones que procuran la incorporación de las relaciones comunitarias a los establecimientos residenciales

(Chapman et al, 2003).

3.3 Potencialidad de los cuidadores familiares y apoyos a los mismos.

La opción por el domicilio privado y la atención familiar están, al menos de hecho, muy ligadas: “no podemos dejar de reconocer que hoy día las familias son la alternativa real para permitir la permanencia en el hogar de las personas mayores.” (Martínez Rodríguez, 2010). A propósito de esta circunstancia, es obligado plantearse la potencialidad de los familiares para la atención básica a las situaciones de dependencia.

Los contenidos de la atención básica que implican mayor intimidad espiritual y física son afines al régimen de comunión y reciprocidad personales que se asocian con el amor y la cooperación gratuita propios de las familias. De este modo, salvo fallos de esas relaciones o de la capacidad y/o disponibilidad de familiares potenciales cuidadores, resulta deseable su participación directa en la provisión de la atención básica por dependencia. La misma puede ser parcial, puesto que es posible fraccionar los

contenidos de la atención y reservar los más delicados y ejecutivos a los familiares.

La atención familiar de la dependencia parece especialmente adecuada para la facilitación y suplencia de las relaciones personales empobrecidas por limitaciones cognitivas, emocionales o físicas.

El núcleo de los contenidos funcionales de la atención básica para las situaciones de dependencia es técnicamente sencillo y conocido por el común de las personas adultas. Pero es frecuente que aquella comporte algunas operaciones inusuales y/o con riesgos para el asistido y para el asistente -como las relativas a la movilización y a las posturas corporales-. Y pueden plantearse también requerimientos específicos relativos al régimen de vida -por ejemplo, la composición de la dieta y/o su consistencia, medicación, curas-. Merecen especial atención las exigencias relacionales propias de las situaciones de dependencia por secuelas de alteraciones cognitivas y emocionales. Mediante asistencia especializada, la atención familiar puede cumplir esas exigencias, incluso en casos complejos (Gitlin et al, 2010).

La participación de los familiares en la provisión de la atención básica puede realizarse de modo fluido mediante la convivencia del asistido y de su/s asistente/s. Pero se realiza también residiendo en viviendas diferentes, mediante las oportunas comunicaciones y desplazamientos. Y aún cabe esa participación de los familiares residiendo el asistido en un internado real y habitualmente abierto a la presencia y a la intervención de aquellos; lo que, al menos en España, es excepcional.

La frecuentemente amplia dedicación de los

asistentes familiares a las situaciones de dependencia va unida en muchos casos, no sólo a los esfuerzos y riesgos físicos ya aludidos, sino también a los de carácter mental. Una parte importante de las personas afectas deben seguir tratamientos farmacológicos complejos, dietas especiales y programas de ejercicios físicos y mentales; estos pueden ser dirigidos por técnicos externos, pero con frecuencia resulta conveniente la colaboración de los cuidadores básicos. Y son también muy importantes las tensiones que se derivan con frecuencia de la participación afectiva del asistente en las limitaciones, los sufrimientos y los riesgos del asistido.

La mayor parte de los observadores y de las observaciones concernientes a la provisión familiar de ayuda en situaciones de dependencia vienen abordando el fenómeno de las cargas y de los costes de oportunidad con una visión casi mecánica. Pero el conocimiento psicológico nos informa de que la motivación alivia de modo significativo el impacto de fatiga y estrés de las actividades objetivamente esforzadas. Esta circunstancia debe de ser la base de la siguiente conclusión derivada del análisis de información empírica de 2005: "El cuidado a mayores y enfermos del propio hogar genera un grado de satisfacción significativamente superior a la mayoría de tareas domésticas (como limpiar, fregar o cocinar) y al empleo. La satisfacción con el cuidado a mayores dependientes es similar a la que producen las reparaciones en el hogar y el estudio, e inferior a la generada por las relaciones familiares y el cuidado a niños." (Roger García, 2010: 326).

Las probadas potencialidades de los cuidadores familiares para la atención básica de la dependencia no excusan la provisión de apoyos a aquellos. Los mismos son necesarios, en unos

casos, para posibilitar su función; en otros, para mejorarla; y también para prevenir el estrés, el aislamiento, la pérdida irreparable de oportunidades... En no pocos casos las propias familias contratan auxiliares domésticos. Pero, sobre todo para quienes carecen de medios económicos para tal recurso, son necesarios otras clases de apoyos.

Algunas entidades privadas -como la Asociación Parkinson Madrid- y públicas -como el Ayuntamiento también de Madrid (Serrano Garijo, 2010: 141 a 147)- vienen desarrollando programas de capacitación y apoyo, principalmente psíquico, a los cuidadores familiares y, en algunos casos a los empleados auxiliares. Las necesidades que se plantean en este frente son muy diversas.

Aparte de los apoyos personales y directos a los cuidadores, son muy importantes los de carácter instrumental o externos; como los que siguen. Por de pronto, la disponibilidad de viviendas accesibles es un medio muy importante tanto para los afectados como para los cuidadores; además del cambio de alojamiento, cabe recurrir a la adaptación de la vivienda habitual (Sanz, 2011: 301 y 302). Uno de los costes de oportunidad de algunos cuidadores es la renuncia al empleo e ingreso económico correspondiente (Rodríguez Cabrero, 2004: 63 a 67); la misma puede ser compensada con un subsidio o prestación compensatorios. El capítulo más importante de los apoyos externos es el de los servicios de apoyo a la permanencia en el domicilio: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día, centro de noche, residencia temporal.

3.4 Opciones internacionales.

Aún cuando sus resultados no tengan valor normativo, la comparación internacional es un medio acreditado para disponer de referencias auxiliares en la valoración y diseño de las prácticas y proyectos propios. Afortunadamente, para el objeto de esta exposición, contamos con trabajos realizados por autores españoles guiados por el interés en la acción nacional.

Rodríguez Cabrero ha llevado a cabo un profundo examen de las "Políticas de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea" (2011). El principal foco de observación del mismo es la asignación de responsabilidades protectoras a los individuos, las familias y el Estado. En relación con ello, se aborda también la cuestión de los agentes dispensadores de cuidados. Ambos hilos se cruzan con cuestiones abordadas aquí.

En la configuración de las políticas de los países de la UE juega un papel importante la libertad de elección de prestaciones, bien que con "limitaciones y controles de cara a garantizar la calidad de la asistencia" (p. 16). Las prestaciones monetarias son un medio básico para posibilitar dicho principio. Las reformas recientes han sido ocasión propicia al efecto (p. 27).

En cuanto al papel de las familias, "en ningún modelo de CLD [cuidados de larga duración] el Estado sustituye los cuidados familiares... En cierto modo, las nuevas políticas de CLD refuerzan, reconstituyéndolo, el modelo tradicional de cuidados tanto por la vía de las prestaciones monetarias (modelo anglosajón), como mediante servicios y programas de conciliación de la vida familiar y personal con el empleo (modelo nórdico) o mediante la

integración de los cuidadores informales en el Sistema de Seguridad Social (modelo continental, caso español) o, como suele suceder, con una combinación de todos ellos cuya estructura depende del tipo concreto de régimen y Estado de Bienestar.” (p. 19).

La libre elección (p. 16, 24, 26, 27) propicia la opción de las prestaciones económicas, aunque con limitaciones y controles para garantizar la calidad de la asistencia.

En relación con el objeto de esta exposición, importa reseñar la extensión, bien que con intensidad variable, en los distintos países estudiados por Rodríguez Cabrero, de las políticas de apoyo al cuidador informal (p. 36).

Helena Sotelo ha publicado una comparación internacional centrada en las prestaciones económicas para las situaciones de dependencia (2011), en la cual constata “el progresivo afianzamiento de las prestaciones económicas como vía de acceso a la adquisición de servicios de atención personal formal, o como vía de compensación económica de los cuidados informales.” (p. 10).

En algunos países europeos se han instituido prestaciones cuyos beneficiarios son los cuidadores, pero esta fórmula está poco extendida, de modo que el trabajo citado se centra en las destinadas a los afectados por dependencia, en sus distintas modalidades (p. 10). Desde el punto de vista de su afectación, las mismas son de dos clases: las destinadas a las personas usuarias -como la prestación económica para cuidados en el entorno familiar de la LAAD-; las que se conceden para la adquisición de servicios por el beneficiario -como las otras dos prestaciones económicas de la LAAD-. Las prestaciones

económicas pueden constituir piezas de protección independientes –como en el caso de la LAAD-, o estar integradas en fondos de prestaciones económicas y servicios de los que puede disponer el beneficiario hasta el tope que tenga concedido.

La opción política por las prestaciones económicas se ha basado en distintos factores: “hay países que instrumentan estas alternativas con unos objetivos claramente centrados en la reducción de costes y orientados al progresivo retranqueamiento de lo público, y países que realmente los introducen con el fin principal y último de favorecer el ejercicio del derecho de elección de las personas usuarias y de contribuir a la modernización del Estado de bienestar, sin pretender ningún debilitamiento del modelo de responsabilidad pública.” (p. 11).

En el orden práctico, y sobre todo en relación con la población de edad avanzada afecta de dependencia, se está produciendo un importante movimiento internacional en pro de la facilitación de la opción domiciliaria -housing- mediante: por una parte, la accesibilidad de las viviendas y la domótica; por otra, la expansión de los servicios ambulatorios (Rodríguez Rodríguez, 2011: 9 a 13).

4. CAMBIOS DE 2012 EN LA LAAD Y EN SU APLICACIÓN RELATIVOS A LA OPCIÓN FAMILIAR.

La aplicación de la LAAD durante sus cinco primeros años de vigencia, en relación con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, ha generado cuatro fenómenos relevantes para esta exposición. En primer lugar, contradiciendo la excepcionalidad que la LAAD asigna a dicha prestación, todas las CC. AA.

menos la de Madrid la concedieron en mayor número de casos que cualquier otro componente de su panoplia protectora (www.dependencia.imserso.es, SISAAD). En segundo lugar, pese a que la LAAD no lo prevé, al menos cinco CC.AA. adoptaron el criterio de compatibilizar la prestación mencionada con diferentes servicios. En tercer lugar, principalmente por una buena parte del sector de los proveedores privados, se desarrolló una amplia campaña de cuestionamiento y aún negación de la calidad de la atención familiar (a título de muestra, cfr. Entre Mayores, nº 111, pp. 17 y 18). En cuarto lugar, la preocupación por los costes del cuidador familiar que se manifestara en el tiempo anterior a la aprobación de la LAAD (Rodríguez Cabrero, 2004: pp. 63 a 67), continuó siendo objeto de atención (ejemplo reciente: García Calvente y Del Río Lozano, 2012: p. 101).

Teniendo como referencia lo expuesto en los apartados 2 y 3 sobre la naturaleza de la atención básica a la dependencia y sobre los criterios de elección de medios, parece indicado que se reaccionara a los cuatro fenómenos reseñados en el párrafo anterior, principalmente, con los siguientes cambios. Primero, supresión en la LAAD de la preferencia de los servicios sobre las prestaciones económicas y de la excepcionalidad de la relativa a los cuidados en el entorno familiar. Segundo, inclusión en la LAAD de la compatibilidad de dicha prestación con los servicios, por una parte, de promoción de la autonomía y, por otra, de los de apoyo a la permanencia en los domicilios particulares de los afectados (al menos, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio y estancias residenciales de respiro). Tercero, aplicación rigurosa de las disposiciones de la LAAD relativas a inspección y sanciones (arts.39 y 42 a 47). Cuarto, promoción del componente “apoyo a

cuidadores no profesionales” que la LAAD ligó a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Tras la consecución de mayoría absoluta por el Partido Popular en las elecciones generales de 2011, se adoptaron importantes medidas relativas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Las de nivel nacional relacionadas con el asunto en cuestión se hallan en estos dos documentos: 1) Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia; 2) Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (título III y disposición transitoria décima).

Excepcionalidad. El Consejo no abordó la supresión del carácter excepcional de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar sino que, por el contrario, tomó varios acuerdos para hacerla efectiva (segundo, 7ª). El Real Decreto-ley no modifica lo establecido por la LAAD en 2006.

Compatibilidad. El Real Decreto-ley añade a la LAAD un nuevo artículo por el que se establece el Régimen de incompatibilidad de las prestaciones. La disposición que incide en la económica para cuidados en el entorno familiar reza como sigue: “Las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos en el artículo 15, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.”

(art. 25 bis.1).

Inspección y sanciones. El Consejo no adoptó acuerdos sobre estos puntos, pero sí sobre la ampliación de los requisitos y compromisos del cuidador familiar, tanto en el trámite de solicitud como en el ejercicio de su tarea (segundo, 7ª). El Real Decreto-ley no modificó las disposiciones de la LAAD sobre acción administrativa contra el fraude (art. 39) e infracciones y sanciones (arts. 42 a 47).

Apoyo a los cuidadores no profesionales. Ni el Consejo ni el Real Decreto-ley incidieron en este punto.

Aparte de lo anterior, tanto en el Acuerdo del Consejo (segundo, 15ª y tercero, 9.2, principalmente) como en el Real Decreto-ley (disposición transitoria décima) se incluyen medidas de reducción de las cuantías de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

¿Por qué sigue y aun se agrava el trato adverso a la opción familiar? Por limitación de espacio, debe quedar este asunto para otra ocasión, si la hubiere...

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO SECO, José María y GONZALO GONZÁLEZ, Bernardo. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1997.

CABARRÚS, Francisco. *Sobre los cortos obstáculos que la naturaleza opone a los progresos de la agricultura y medios para removerlos. Cartas del Conde de Cabarrús (Francisco) al Sr.*

D. Gaspar de Jovellanos, sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública. Burdeos: Lawalle joven y sobrino, 1820.

CASADO, Demetrio. "La dependencia funcional y sus abordajes", en CASADO, Demetrio (dir) *Respuestas a la dependencia*, pp. 15 a 49. Madrid: Editorial CCS, 2004.

CASADO, Demetrio. "Conocimiento y acción formal pro bienestar", en CASADO, Demetrio (dir) *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, pp. 13 a 50. Madrid: Editorial CCS, 2005.

CASADO, Demetrio. "Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales", en CASADO, Demetrio y FANTOVA, Fernando (coord), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*, pp. 255 a 287. Madrid: Fundación FOESSA, 2007.

CASADO, Demetrio. "Los servicios sociales: carencias relativas a las situaciones de pobreza y marginación social; y exclusiones y desigualdades de su acción protectora", en ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, Ana (coord.), *Políticas y bienes sociales*, pp. 535 a 609. Madrid: Fundación FOESSA, 2008.

CASADO, Demetrio, "Atención básica idónea a la dependencia funcional". [www1.unavarra.es/CongresoREPS/Sesiones de paneles](http://www1.unavarra.es/CongresoREPS/Sesiones%20de%20paneles), 2011.

Consejo de Europa, *Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores), *Vejez y protección social a la dependencia en*

Europa, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, 2001, pp. 11 a 21.

CHAPMAN, Sherry Anne et al (2003), "Client-centred, community-based care for frail seniors", *Health and Social Care in the Community*, 11 (3), pp. 253 a 261.

DALY, Mary y STANDING, Guy. "Introducción", en DALY, Mary (Comp.). *El trabajo asistencial. En busca de la seguridad*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003, pp. 25 a 38.

DE LA RED, Natividad et al. "Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", en Consejo Económico y Social. Comunidad de Castilla y León, *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León*, 2010, parte II,

Entre Mayores, nº 111, junio de 2011.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar y DEL RÍO LOZANO, María. "El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quienes cuidan?", *Actas de la dependencia*, 6, Noviembre 2012. pp. 99 a 115.

GITLIN, Laura N. et al. "Targeting and Managing Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: A Randomized Trial of a Nonpharmacological Intervention", *Journal American Geriatrics Society*, vol 58, nº 8, agosto 2010, pp. 1.465 a 1.474.

GÓMEZ PAVÓN, Javier et al. "Prevención de la dependencia en las personas mayores", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42 (Supl 2), 2007, pp. 15 a 66.

GÓMEZ PAVÓN, Javier. "La persona con enfermedad Alzheimer", en CEAFA (ed.) *Atender a una persona con Alzheimer*. Madrid: CEAFA editorial, 2008, pp. 31-52.

IMERSO. *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.

IMERSO. *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

IMERSO. *Encuesta de mayores*, 2010 (www.imersomayores.csic.es).

JIMÉNEZ LARA, Antonio. "Crisis y atención a la dependencia. Efectos sobre el empleo y las familias", en *Actas de la dependencia*, nº 5, (2012), pp. 5 a 23.

KANT, Manuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* [y otras obras], Mexico: Editorial Porrúa, ([1785] 1972).

MARTÍNEZ-FRÍAS, María Luisa. "La prevención prenatal en la dependencia", en CASADO, Demetrio (dir), *Respuestas a la dependencia*. Madrid, Editorial CCS, 2004, pp. 229 a 245.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa. "Familias cuidadoras de personas mayores: Claves para el 'buen cuidar'", *entremayores.es*, 16 de septiembre de 2010.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, 2005.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "La población dependiente española y sus cuidadores",

en CASADO, Demetrio, *Respuestas a la dependencia*, Madrid: Editorial CCS, 2004. pp. 53 a 76.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "Políticas de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, Num. 1, 2011), pp. 13-42.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. "Hacia un nuevo modelo de alojamientos: Las residencias en las que queremos vivir", *Actas de la dependencia*, vol 3, noviembre, 2011, pp. 5 a 40.

ROGERO GARCÍA, Jesús. Los tiempos del cuidado. *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO, 2010.

RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro. "Prevención geriátrica de la dependencia", en CASADO, Demetrio (dir), *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004, pp. 247 a 251.

SÁNCHEZ REINÓN, Manuel. "Los 'cuidados informales' de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los 'servicios sociales de cuidados'", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 30, Núm. 1, 2012, pp. 185-210.

SANZ JUEZ, José Félix. "El enfoque del apoyo a las familias en los servicios de Polibea", CASADO, Demetrio (dir.), *Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad*. Barcelona, Hacer Editorial, 2011, 297 a 308.

SERRANO GARIJO, Pilar (2010), "Programas y servicios pro envejecimiento activo y en familia del Ayuntamiento de Madrid", en *Políticas Sociales en Europa. Familias para el bienestar personal. Bienestar social para las familias*, nº 28, septiembre de 2010, pp. 137 a 148.

SOTELO, Helena. "Prestaciones económicas versus prestaciones en especie: el resurgir de un viejo debate", *Zerbitzuan*, 50. (2011), pp. 9 a 28.

VIVES, Juan Luis. *Del socorro de los pobres*, Barcelona: Hacer Editorial, 1992 [1525].

www.dependencia.imserso.es (4 de noviembre de 2012).