

## DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA: UNA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA DESDE EL CUIDADO DE LOS MAYORES

*DEPENDENCY AND AUTONOMY: AN ANTHROPOLOGICAL APPROACH FROM THE CARE OF  
THE ELDERLY*

**Chiara Cerri**

Universidad Complutense de Madrid; [chiaracerri@hotmail.com](mailto:chiaracerri@hotmail.com)

### Historia editorial

Recibido: 26-11-2014  
Aceptado: 11-04-2015

### Palabras clave

Envejecimiento  
Cuidado  
Dependencia  
Autonomía

### Resumen

Utilizando como hilo conductor las políticas de asistencia a la dependencia y las políticas de Envejecimiento activo en España, y con el soporte de algunos ejemplos etnográficos sacados del trabajo de campo de la autora, el artículo propone una reflexión acerca de los conceptos de dependencia, autonomía y vulnerabilidad a través de la relación existente entre envejecimiento y cuidado. El análisis presentado muestra la existencia de unas contradicciones entre el discurso y la práctica de estas políticas, aparentemente antagónicas en sus definiciones, planteando la necesidad de un cambio de perspectiva que incorpore los conceptos de interdependencia y autonomía relacional en los estudios empíricos y en las políticas sociales, para ir más allá de la distinción entre cuidador (sujeto independiente) y receptor de cuidado (objeto dependiente).

### Abstract

Through a review of care policies and active aging policies in Spain, relying on some ethnographic examples drawn from the author's fieldwork, the article proposes a critical reflection of such concepts as dependency, autonomy and vulnerability and the relationship between aging and elderly care. The analysis shows the existence of some contradictions between discourse and practice of these policies, apparently antagonistic in their definitions, encouraging a change of perspective to include the concept of interdependence and relational autonomy in scientific production and in social policies, to go beyond distinction between care-giver (independent subject) and care-receivers (dependent object).

Cerri, Chiara (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, 15(2), 111-140. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1502>

## Introducción

Según las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España en el 2020 los mayores de 65 años serán 9.062.634 contra los 7.762.848 menores de 16 años (INE, 2010). Con estos datos en la mano, los gobiernos y las instituciones públicas han desarrollado unas políticas sociales, sanitarias y económicas con el objetivo de prevenir y/o limitar los efectos negativos del crecimiento de la dependencia y, al mismo tiempo, fomentar la autonomía personal de la población envejecida. Los conceptos de dependencia y autonomía se configuran así como los ejes de un nuevo modelo de vejez que, implícitamente, relaciona de manera lineal el envejecimiento y la vejez con la dependencia y, a su vez, con el cuidado a la dependencia.

Un ejemplo es la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (desde ahora Ley de Dependencia), que, en la Exposición de motivos, sostiene que:

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años [...] A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en solo veinte años. Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad (Ley 39/2006 p. 44142).

El objetivo de la Ley es crear un Sistema para la autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que, siguiendo el ejemplo de los países nórdicos europeos, se configure como el cuarto pilar del Estado de Bienestar (con el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones). Los antecedentes de la Ley se encuentran en los años 80, cuando en la España de la Transición se van desarrollando diferentes medidas legislativas que de una u otra forma dan respuesta a situaciones de envejecimiento, discapacidad y dependencia. Por ejemplo, entre otras, la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) del 1982 (Ley 13/1982) y la Ley General de Sanidad del 1986 (Ley 14/1986). Desde el nuevo milenio, la dependencia va asumiendo cada vez más prioridad en las medidas políticas, hasta llegar en el 2004 a la edición del Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2004), coordinado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cuyo objetivo fue presentar los elementos y datos esenciales sobre la dependencia para desarrollar entre los agente interesados un consenso general antes de llevar adelante la iniciativa legislativa (de Asís Roig, 2007; IMSERSO, 2004; Marbán Gallego, 2012).

Sin cuestionar la necesidad de una legislación que vaya en esta dirección y sin negar que envejeciendo las personas se encuentran en un proceso de deterioro psicofísico que lleva al final de la vida, parece necesario resaltar el hecho de que la Ley declara explícitamente, por un lado, que el aumento de personas mayores hace que el país entero envejezca. Por otro, que envejecer lleva a la discapacidad, y a la dependencia, de una forma lineal e igual para todas y todos. Así, simbólicamente, el proceso de envejecimiento poblacional se presenta cada vez más como un "problema" que tiene que ver sobre todo con la llamada «crisis de los cuidados»: el "proceso actual de reorganización de la forma de cobertura de la necesidad de cuidados de la población que implica

---

una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico en el estado español" (Pérez Orozco, 2006 p. 7).

En paralelo, para limitar el aumento de personas mayores necesitadas de cuidados, se ha ido implantando una política de Envejecimiento activo que está obteniendo cada vez más reconocimiento e impulso por parte de las administraciones públicas. Se promueve un modelo de «vejez activa» basado en la participación y la actividad, sobre todo física y de ocio, entendidas como factores imprescindibles para obtener y/o mantener la autonomía personal y alejar así la discapacidad y la dependencia.

Utilizando como hilo conductor las políticas de asistencia a la dependencia y las políticas de Envejecimiento activo en España, en este artículo me propongo reflexionar acerca de los conceptos de dependencia, autonomía y vulnerabilidad que rodean la relación entre cuidado y vejez, y componen la categoría misma de persona. Asimismo, el propósito es plantear un cambio de perspectiva que incorpore los conceptos de interdependencia y autonomía relacional en los estudios empíricos y en las políticas sociales.

En primer lugar haré un recorrido de conceptos y teorías explicitando de qué manera entiendo la vejez y el envejecimiento. A partir de allí, exploraré los discursos de la llamada Ley de Dependencia y de las políticas de Envejecimiento activo en España y mostraré que modelos de vejez fomentan. Sucesivamente, compararé estas políticas profundizando en los conceptos claves de autonomía y dependencia sobre los que se sustentan, introduciendo las nociones de interdependencia y autonomía relacional en vista del cambio de perspectiva propuesto.

Además, si bien este artículo tiene una vocación eminentemente teórica, la reflexión que aquí se propone tiene su origen en cuestiones surgidas durante el desarrollo del trabajo empírico. Por este motivo, me apoyaré en algunos ejemplos etnográficos sacados del trabajo de campo que realicé entre 2010 y 2012 en dos diferentes escenarios (la Sierra de Gata en provincia de Cáceres [Extremadura] y un barrio de la ciudad de Madrid). Se trata de un trabajo que desarrollé en el marco de la investigación para la tesis doctoral llevada a cabo gracias a una beca predoctoral<sup>1</sup> en el contexto del proyecto *Los usos del tiempo en España y en Iberoamérica: los tiempos del cuidado*, dirigido por la Profesora María Ángeles Durán. El objetivo inicial de la investigación era lograr un mayor conocimiento de los factores que subyacen en las relaciones de cuidados a y entre mayores a través de un trabajo metodológicamente cualitativo. Por este motivo el diseño inicial preveía realizar el trabajo de campo en espacios formalmente diseña-

---

<sup>1</sup> Ayuda Predoctoral de Formación de Personal Investigador FPI (BES-2009-026934) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

dos y reconocidos para el cuidado: los servicios públicos puestos en marcha con la llamada Ley de Dependencia (Centros de Día, Pisos Tutelados, Ayuda a domicilio) y los hogares privados de los mayores. Sucesivamente fueron surgiendo nuevas interrogaciones que tenían que ver más con el envejecimiento, la vejez, la dependencia y la autonomía, y que llevaron a la segunda etapa de trabajo de campo. Esta se centró en los Centros de Mayores y en los servicios de voluntariado de acompañamiento al mayor en un barrio madrileño. De esta manera, desplazé el foco de la atención de aquellos espacios y actividades consideradas formalmente "de cuidado" para la población envejecida y la dirigí directamente en el cuidado y el proceso de envejecimiento. Al mismo tiempo, la elección de los escenarios de estudio respondió a la intención de dar cierta homogeneidad al estudio. Por tanto busqué escenarios que tuvieran unas características comunes, en particular: alta concentración de población mayor; servicios públicos de atención y ocio para mayores; experiencia de in/emigración pasada.

Los datos se recopilaban a través de técnicas cualitativas. En particular la observación participante y las entrevistas en profundidad. La primera se desarrolló especialmente en los espacios públicos de cuidado y participación para mayores (Centro de día, Pisos Tutelados, Hogares del Pensionista, Centro de Mayores) y en hogares privados. Las entrevistas se realizaron a profesionales de los servicios, mayores (usuarios y no de los servicios públicos) y familiares.

## El envejecimiento como logro y desafío

---

Al día de hoy el envejecimiento poblacional sigue siendo percibido como un problema más que como un logro. Un problema relacionado con la denominada «crisis de los cuidados» (Hochschild, 2003; Pérez Orozco, 2006) y la sostenibilidad del sistema público, en particular en la distribución de las prestaciones sociales y económicas en base al "desajuste" entre «población productiva» y «población improductiva» (Talarsky, 1998).

El concepto de envejecimiento demográfico (o poblacional) en sí es un concepto técnico que sirve para indicar el aumento de la edad media de las personas en una población (Pérez Díaz, 2006): cuando disminuye la proporción de niños y jóvenes, automáticamente aumenta la proporción de adultos y ancianos, y viceversa. Sin embargo, este concepto ha sido y sigue siendo rodeado por diferentes ideologías, y hoy en día la más difusa lo identifica con el envejecimiento biológico, dando una visión de las poblaciones como decadentes y socialmente viejas. Dicha percepción del envejecimiento deriva de una mirada organicista de las poblaciones que entiende los colectivos humanos únicamente como seres vivos que nacen, crecen, envejecen y mueren, obviando sus componentes sociales y culturales.

Sin embargo, el proceso de envejecimiento no es igual para todos, ya que los individuos experimentan la edad en diferentes formas (Algado Ferrer, 1997) dependiendo de las circunstancias externas (históricas, ambientales, políticas, económicas, sociales, etc.) e internas (estado de salud, situación familiar, situación laboral, etc.). Por lo que el envejecimiento no se compone solo de un proceso biológico de agotamiento psicofísico, sino también de "un proceso cultural de personificación del *self* y de aprendizaje que opera en las personas en tanto que actores en los dramas cotidianos de la sociedad" (Barfield, 2001, p. 239, cursivas del original). Por lo que hablar de las características de los ancianos en una sociedad debería referirse "a las condiciones de su variación, a los efectos de esas condiciones y a las muchas formas posibles de envejecer y experimentar el proceso de la ancianidad" (San Román, 1989, p. 84).

Por lo tanto, si entendemos el envejecimiento como un proceso en continua mutación, como el resultado de la interacción sistemática de diferentes procesos (biológico, psicológico, social, cultural, etc.) en perenne transformación, resulta difícil configurarlo solo en términos de proceso biológico degenerativo (Riley, 1976).

La gerontología crítica y la geroantropología (Cohen, 1994; Katz, 1996) van en esta dirección, ya que analizan los distintos aspectos del envejecimiento contemplando las formas de autoorganización de los mayores y también las formas de resistencia a la visión dominante de la vejez. Además, estas perspectivas consideran el envejecimiento como un proceso, no como un estado, en el que los individuos de una determinada sociedad se interpretan y reinterpretan a sí mismos en el curso del tiempo.

Aunque estas características parecen fundamentales para entender la realidad de los mayores sin hacer de ellos un grupo de edad totalmente homogéneo, gran parte de las previsiones acerca de las consecuencias del envejecimiento poblacional se realizan sin tenerlas en cuenta, llevando así a unas visiones a veces catastrofistas. Un discurso basado en un *alarmist demography* (Katz, 1992), que, bajo la llamada «hipótesis de la carga demográfica» (Harper, 2010, p.205), tiende a acentuar la característica demográfica del envejecimiento poblacional y sus consecuencias negativas. Por tanto, basándose en los datos cuantitativos del cambio en la estructura por edades, el envejecimiento demográfico en España es concebido como la principal causa de una serie de consecuencias negativas, como el creciente estado de dependencia de los mayores que llevaría a una sobrecarga de cuidado; un mayor gasto público para los mayores que afecta y disminuye el presupuesto para los servicios a los más jóvenes, etc.

Sin embargo, como la misma Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) afirma, el envejecimiento demográfico no produce *per se* un aumento de los costes de atención sanitaria y social (Casado Marín, 2001; Pérez Ortiz, 2011). Esto se relaciona

más bien con diversas circunstancias que no tienen relación alguna con el envejecimiento, como el uso inadecuado de nuevas tecnologías o la ineficacia en la prestación de la asistencia. Además, habría que preguntarse si el coste de la asistencia sanitaria y social de los mayores parecería tan desorbitado si hubiera una repartición diferente del gasto público (Torres Minoldo, 2012).

Por otra parte, se deducen problemas debidos al peso creciente de la población mayor partiendo del presupuesto de saber ya cómo son los mayores y qué hacen, como si estos no cambiaran y sin considerar los cambios socio-culturales que han ocurrido. Por lo que se realizan previsiones que no son siempre ciertas. Y si las previsiones resultan incorrectas significa que se han movilizados los recursos (económicos y humanos) hacia direcciones inadecuadas (Pérez Díaz, 2005).

Pero estas cuestiones sobrepasan el propósito de este escrito, que es reflexionar sobre el envejecimiento y el cuidado a través de un enfoque crítico de los conceptos de dependencia, autonomía y vulnerabilidad que los rodean.

### La Ley de Dependencia bajo el modelo biomédico

Como he indicado más arriba, en los últimos años ha cogido fuerza la idea de una relación casi lineal entre envejecimiento y dependencia, y la representación de la vejez como discapacitada. Esto ha llevado a la construcción de la categoría «vejez dependiente» que vehicula una imagen negativa y deficitaria de esta etapa de la vida, pretende que la dependencia sea un estado de necesidad de ayuda (y no una relación social) y asimila la dependencia a la pérdida de autonomía (Caradec, 2010). Como sugieren Marie Garrau y Alice Le Goff (2010) la dependencia se ha ido configurando como un problema, en particular como un problema específico de la vejez.

Por otra parte, al constatar la presencia de mayores "todavía activos", se ha desarrollado un enfoque que hace referencia a la categoría de «tercera edad» (Lenoir, 1979; Okely, 1990). Una categoría dirigida hacia una ética activista de la jubilación que aspira a una nueva juventud y, por esto, se define por oposición a la vejez.

Se trata de dos representaciones de la vejez que se organizan alrededor de dos polos: por una parte la imagen de la persona mayor dependiente, que sufre la soledad y no espera nada más que la muerte; por otra, la imagen del jubilado activo, que aprovecha la vida y es útil a sus próximos y a la sociedad. Organizándose alrededor de estos dos polos, estas representaciones dan una imagen parcial y un tanto deformada de la realidad (Caradec, 2010), ya que dejan fuera todas las vejeces intermedias.

Además, estas dos ideologías acerca de la vejez guían dos tipos diferentes de políticas públicas. Por un lado las políticas de asistencia a la dependencia, representadas en España por la llamada Ley de Dependencia; por otro lado las políticas de Envejecimiento activo, un enfoque más reciente, que está tomando cada día más fuerza en España y en Europa.

En este primer apartado me centraré en las políticas de asistencia a la dependencia y al modelo de vejez dependiente que vehicula, indagando el discurso implícito en la Ley y en la práctica de los servicios.

En el artículo 2.2, la Ley define la «dependencia» como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Vemos como la Ley asocia la dependencia a la discapacidad, a la enfermedad y también a la edad. Sin embargo, aunque es cierto que envejeciendo el cuerpo está sometido a un deterioro físico y cognitivo que lleva al final de la vida, el proceso de decadencia no siempre progresa al mismo ritmo del ciclo vital. Así que entender la dependencia como una necesidad derivada solo de problemas físicos ligados a la edad, significa anular de partida la agencialidad del sujeto mayor (Vega Solís, 2009) y omitir otras formas posibles de dependencia (emotiva, moral, económica, etc.) entre distintos sujetos.

En efecto, es bastante explícito que la Ley se centra principalmente en las necesidades físicas sin contemplar otros motivos que puedan llevar a la persona a necesitar la ayuda de otros. Tampoco parece tomar en cuenta aquellas restricciones sociales que pueden llevar a una mayor o menor dependencia y vulnerabilidad (Guzmán Castillo, Melania Moscoso, & Martín, 2010).

De esta manera, la Ley, por una parte, valora principalmente los factores físicos como causantes de la discapacidad y la dependencia, sin considerar la diversidad funcional<sup>2</sup> de las personas. Por otra, centra "la problemática en torno a la persona concre-

---

<sup>2</sup> El concepto de "diversidad funcional", propuesto por primera vez en España en el Foro de Vida Independiente del 2005, sustituye los términos de "discapacidad" o "minusvalía", cuya semántica puede considerarse peyorativa, refiriéndose a todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles que tienen en sí mismas un valor positivo, más allá de la eficacia en desempeñar un conjunto de capacidades (Toboso Martín y Guzmán Castillo, 2010).

ta, en lugar de promocionar la autonomía incidiendo sobre el entorno [...] el "problema" aparece como una cuestión individual y medicalizada y no como una cuestión social y colectiva" (Pérez Orozco & Baeza Gómez, 2006 p. 36).

De hecho, para acceder a los servicios (Teleasistencia, Ayuda a domicilio, Centros de Día y de Noche, Residencias) y a las prestaciones económicas que la Ley ofrece, el solicitante tiene que someterse a una evaluación de su condición para obtener el reconocimiento de "dependiente". La persona se ve asignar un grado de dependencia (severo, moderado, gran dependencia)<sup>3</sup> calculado a través de un baremo que toma en consideración: su capacidad de realizar las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD).

Las tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar ordenes o tareas sencillas (Abellán & Hidalgo, 2011).

El certificado médico sobre sus condiciones de salud; el informe acerca las condiciones del entorno en el que vive, que en la mayoría de los casos se reduce a un informe sobre la situación de la vivienda sin considerar el contexto más amplio; ayudas técnicas como prótesis.

Las condiciones "físicas" relacionadas con la salud son las principales variables tomadas en consideración para definir una persona dependiente. Además, el tipo de cuidado necesitado se determina a través de criterios exteriores, por lo que las personas consideradas dependientes son concebidas como "un mero sujeto pasivo de recursos" (Pérez Orozco & Baeza Gómez, 2006, pp. 19-20) y la dependencia como un estado causal (Moscoso, 2009) que se contrapone a la independencia y a la autonomía.

El binomio dependencia/independencia se relaciona con la dicotomía que diferencia entre cuerpos «normativos» (sanos, capacitados, independientes, autónomos, jóvenes, etc.) y cuerpos «anómalos» (enfermos, discapacitados, dependientes, vulnerables, viejos, etc.): un cuerpo «anómalo» supone dependencia, mientras que un cuerpo «normativo» implica independencia.

Dicho enfoque deriva, por un lado, de una mirada mecanicista que distingue el cuerpo de la persona, de los otros cuerpos y del universo (Le Breton, 2011) y, por otro, de una mirada biomédica que ha producido un modelo explicativo dominante a través del cual interpretar las necesidades del cuerpo como mero organismo fisiológico. Se

---

<sup>3</sup> Anteriormente los tres grados de dependencia eran dividido cada uno en dos niveles, pero en 2012 la Ley española ha sido sometida a modificaciones y actualmente se contemplan solo los tres grados (Ver Real Decreto-ley 20/2012).

trata de un modelo que, en el campo de los cuidados, lleva a diferenciar «agente autónomo» que ofrece cuidado (activo, sano, capaz, independiente) y «receptor dependiente» (Tronto, 2005 p. 244) que recibe cuidado (pasivo, enfermo, incapaz, no autónomo). Una separación que no reconoce la posibilidad de que un mismo individuo pueda ser receptor y entregador de cuidado a la vez y anula la subjetividad y la agencialidad de los considerados "dependientes". Al mismo tiempo, en el contexto del envejecimiento, dicho modelo medicaliza la vejez considerándola casi como una discapacidad en sí.

Un ejemplo es el caso de la solicitud del servicio gratuito de Teleasistencia en la zona de Sierra de Gata en la que he realizado el trabajo etnográfico. Se trata de un documento que recoge las características del solicitante para que desde los servicios públicos puedan "puntuar" su situación, a través de un determinado baremo, y conceder o no el servicio. En los varios apartados se explicita la situación física y psíquica del solicitante; la historia clínica; la condición de la vivienda y el tipo de convivencia; el centro sanitario y el médico de cabecera; los contactos para llamar en caso de urgencia; las ayudas que ya recibe (Ayuda a domicilio, Centro de día, etc.) y en los datos personales se indica la "tipología" del solicitante. Aquí, junto con «discapacitados físicos», «discapacitados psíquicos», «discapacitados sensoriales», «enfermos crónicos» y «otros», aparece la tipología «personas mayores». Es decir, se iguala la vejez con la discapacidad y la enfermedad en relación al cuerpo normativo socialmente y políticamente legitimizado. De esta manera, se formaliza aquella «medicalización de la vejez» basada en los saberes de la biología y la medicina institucional que sostienen que el cuerpo, en este caso el cuerpo viejo, es un cuerpo orgánico separado de su entorno sociocultural.

Sin embargo, han sido numerosos los y las investigadores que, desde diferentes disciplinas, han mostrado que el cuerpo no es solamente un objeto pasivo que se observa y sobre el cual se actúa, sino que es un sujeto de conocimiento, un agente de producción y reproducción socio-cultural (Csordas, 2000; Esteban, 2004; García Selgas, 1994; Sheper-Hugues & Lock, 1987). Pero el modelo biomédico se mantiene en su posición dominante, privilegiando la centralidad del cuerpo como objeto fisiológico y distinguiendo entre cuerpos «normativos» y cuerpos «anómalos».

Miguel Ferreira (2010) habla de un «imperialismo médico», una medicalización de la vida humana que, desde el siglo XVIII (Foucault, 1976/1987), ha llegado hasta las zonas más íntimas de los individuos definiendo su manera de percibir la salud, la enfermedad, la discapacidad y la dependencia: una imposición de la percepción de la propia identidad en la propia corporalidad.

En lo que concierne al cuidado, considerando que este no tiene el mismo objetivo de la cura médica, resulta significativo que el discurso biomédico se haya impuesto también en su campo. Si el propósito de la cura es "curar", como la palabra misma indica, sanar y, en síntesis, mantener en vida la persona, el propósito del cuidado debería ser más bien proporcionarle bienestar, físico, social, emocional, para que pueda vivir una vida de manera satisfactoria y en igualdad de condiciones.

Por tanto, si bien podemos argumentar que en el cuidado hay una parte de cura, y viceversa, las dos cosas no son sinónimas, por lo que se deberían apoyar en dos discursos distintos. No obstante, hemos visto como el discurso de la Ley de Dependencia española se fundamenta principalmente en el discurso biomédico imperante que conlleva una percepción de la vejez como discapacitada y dependiente.

Marie-Françoise Collière (1982/1993) sostiene que el cuidado es una actividad habitual, a veces cotidiana, que depende de los valores y las costumbres de las personas. En cambio, la cura tiene el objeto específico de contrarrestar y limitar la enfermedad de la persona. Esta distinción es importante, ya que permite evitar de considerar el cuidado únicamente en su versión "física", como si se tratara exclusivamente de un apoyo material para ayudar a unos cuerpos enfermos.

En España algunos enfoques tienden a distinguir entre «atención», «tarea» y «cuidado» (Precarias a la Deriva, 2005). Otros reducen las formas de cuidado en dos: formal e informal. El cuidado informal proviene de la red de apoyo, principalmente familiar, de la persona mayor (Roger-García, 2010). Por tanto, se trataría de un tipo de ayuda realizada por personas de la red social del beneficiario que se provee de forma voluntaria. Al revés, el cuidado formal engloba aquellas formas de cuidado realizada por personas retribuidas, profesionales o no, dentro y fuera de casa (ámbito privado-público).

Aunque en general el cuidado engloba todas aquellas actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas, resulta difícil darle una definición concreta, ya que existen muchos factores que lo definen: la relación entre las personas involucradas; la naturaleza y los valores de la relación de cuidado y su posible carácter económico; el contexto socio-cultural e histórico; el contexto institucional; etc.

Joan Tronto (2005; 1993/2009; 2010) lo concibe como una relación que gira alrededor de la necesidad de cuidado implícita en las vivencias humanas y distingue cuatro fases y dimensiones: *Caring about*, (preocuparse de), *Taking care of* o *Caring for* (ocuparse de), *Care giving* (el cuidado "práctico") y *Care receiving* (recibir cuidado). Para facilitar el análisis, se puede hablar de un "cuidado práctico" y un "cuidado emotivo". El

primero reúne las dimensiones del «ocuparse de» (*Taking care of* o *Caring for*) y del «realizar cuidados» (*Care giving*), y se refiere a las actividades más materiales y corporales (cocinar, lavar, limpiar, asear, etc.). El segundo hace referencia a la parte más emocional en cuanto «preocuparse de» (*Caring about*): dar y recibir cariño, afecto, apoyo moral y psíquico, etc. También se refiere a la disposición de dar un "buen" cuidado, aunque no haya emotividad.

El cuidado se define así sobre todo como un instrumento conceptual útil para el análisis. Una categoría analítica que permite reflexionar acerca de un tipo de trabajo, tradicionalmente considerado propio de las mujeres en el hogar, que en realidad se da dentro y fuera de la familia, por personas a veces ajenas a la familia, con o sin remuneración, y en una multitud de formas y lugares.

## El paradigma del Envejecimiento activo

En este apartado me centraré en el paradigma del Envejecimiento activo, surgido con la aparición de un modelo más social de la salud que considera también las limitaciones sociales y medioambientales del entorno (falta de rampas, prejuicios, etc.). El Envejecimiento activo es definido como un proceso enfocado a mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, fomentando su bienestar físico, psíquico y social. La OMS (2002) lo define como:

El proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados (p. 79).

Este marco político ha sido redactado por la OMS con el objetivo de servir como base para que todos los países puedan diseñar políticas que aseguren la seguridad y el cuidado de los mayores al mismo tiempo que fomentan su salud y participación.

En Europa la Comisión Europea impulsó la idea del Envejecimiento activo ya en el 1999 con la celebración del Año Internacional de las Persona Mayores al que siguió en 2012 la celebración del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

En España en el año 2002 tuvo lugar en Madrid la celebración de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la que, entre otras propuestas de actuación, se destacó la relevancia de la participación social de las personas mayores, en particular en re-

lación a la mayor calidad de vida que la participación les puede aportar y a la contribución a la sociedad de los más mayores. Además, en el 2007 se celebró en León la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas sobre envejecimiento, de la que derivó una Declaración Ministerial que recoge una serie de compromisos para actuar en materia de envejecimiento, y en el 2010 en Logroño hubo lugar la Conferencia Europea sobre Envejecimiento Activo y Saludable. Al mismo tiempo se han celebrados dos Congresos Estatales de Personas Mayores, en el 1998 y en el 2001, con el objetivo de plantear medidas para incrementar la calidad de vida de los mayores y para que la sociedad se comprometiera con las personas mayores valorando su contribución al sistema.

Las conclusiones y sugerencias desarrolladas en todos estos eventos, más las indicaciones de la OMS, han servido para la elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento activo (IMSERSO, 2011), que tiene como fin, por un lado, diagnosticar la situación real de los mayores en el país y, por otro, avanzar propuestas para implementar nuevas políticas con las que actuar de cara al envejecimiento. Así que numerosos servicios, como los Centro de Mayores, se basan en estas directivas para el diseño y la puesta en marcha de proyectos que potencien el envejecimiento saludable y la participación de los mayores, para prevenir así su deterioro biopsicosocial.

En sus postulados, el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (IMSERSO, 2011) tiene en consideración un amplio abanico de aspectos vivenciales que determinan la manera de envejecer: la cultura y el género, determinantes conductuales como el tabaquismo, la actividad física, la alimentación sana, etc.; determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales como la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, los servicios curativos, etc.; determinantes relacionados con los factores personales como la biología, la genética y los factores psicológicos; determinantes relacionados con el entorno físico, como la seguridad de la vivienda, el agua limpia y los alimentos sanos; determinantes relacionados con el entorno social, como el apoyo social, la violencia, la educación y la alfabetización; y determinantes económicos como son los ingresos, la protección social y el trabajo.

Sin embargo, en la práctica la salud "física" del cuerpo "orgánico", y sobre todo el mantenimiento de una "buena salud", es el punto central del discurso. Por ejemplo, en el caso del Centro de Mayores de Madrid donde he realizado trabajo de campo etnográfico, la dirección del centro no solo decide qué tipo de actividades ofrecer a los mayores, sino que opta principalmente por talleres de gimnasia, Taichí, yoga, memoria y similares realizados por monitores remunerados. El resto de actividades, más de ocio y entretenimiento (pintura, baile, informática, etc.) es realizado por los mismos mayores de forma voluntaria. Si bien el voluntariado es otra forma de participación de los ma-

yores, fomentada por parte de la administración, podemos preguntarnos si el hecho de que las actividades de ocio y entretenimiento sean impartidas por voluntarios se debe a que no se consideran tan importantes y se les da un valor simbólico inferior. Además, fomentando y profesionalizando más aquellas actividades que tienen que ver con el "cuerpo", se dejan fuera otro tipo de actividades que se salen de lo que tiene que ser mantenimiento de una "buena salud, como talleres y curso de sexualidad o de expresión emotiva, de igualdad de género, curso sobre participación política, etc.

Por tanto, aunque se intente ampliar el discurso acerca del envejecimiento a un modelo más social, el peso de la medicalización del cuerpo y de la vejez sigue estando presente, mostrando como la preocupación principal del paradigma del Envejecimiento activo es lo de "prevenir" la discapacidad y la dependencia del cuerpo "orgánico". Para prevenir se insiste en primer lugar en la necesidad de controlar la salud física (no fumar, no beber en exceso, realizar actividad física constante, etc.) y, solo en segundo lugar, en la participación activa de los mayores a la vida social. Además, como se argumenta en el Libro Blanco del Envejecimiento (IMSERSO, 2011), la participación y la integración de los mayores son necesarias para que se reincorporen a una vida social "normalizada". Pero ¿cuál y qué es la vida social "normalizada"?

No es mi intención afirmar que el paradigma del Envejecimiento activo es nulo. Simplemente, creo necesario reflexionar acerca del modelo de vejez y envejecimiento que propone y las prácticas que fomenta para que haya avances en los estudios y en las políticas. En efecto, la idea de la participación activa de los mayores como elemento esencial para fomentar su autonomía personal, como libertad de decisión y acción, ha ido configurando un modelo del «hacer» (pasar todo el día realizando actividades) más que del «ser», en el que hay que entrar para envejecer bien y tener acceso a la vida "normalizada".

La idea de la participación, del «hacer», por una parte ha llevado a la institución de una *Busy Ethic* (Ekerdt, 1986), por lo que los mayores tienen que ocupar su tiempo en innumerables actividades para tener así una justificación de su estado de "improductivos"; por otra, se ha desarrollado una estandarización de estas actividades, clasificadas en su valor positivo (realizar actividad física) o negativo (fumar), hasta su racionalización como parte de un programa de ocio y participación.

Además, la perspectiva del *Busy Ethic* existente en el paradigma del envejecimiento activo hace hincapié en la responsabilidad individual de los mayores de gestionar su proceso de envejecimiento y de lograr dicho envejecimiento activo, positivo y exitoso. Siguiendo el planteamiento del filósofo Byung-Chul Han (2010/2012, 2014) acerca de la sociedad del rendimiento, se trata de una especie de "autoexplotación" de los mayores

que se mimetiza con la libertad y acaba siendo responsabilidad del sujeto. Como dice el autor (2010/2012) "es una ilusión pensar que cuanto más activo uno se vuelva, más libre se es" (p. 549).

Por otro lado, esta idea de rendimiento, productividad, hiperactividad de los mayores se ha concretizado en una estandarización de las actividades para mayores. Por ejemplo, en el capítulo ocho del Libro Blanco del Envejecimiento Activo en España (IMSERSO, 2011) se habla de cuatro grandes grupos de estilos de vida, de más activo a más pasivo: participativo (realizar voluntariado, ejercicio físico, asistir a espectáculos, etc.); de ocio social (asistir a centros sociales y asociaciones, pasear, ir al bar, etc.); de ocio inactivo (actividades relacionadas con el consumo de medios de comunicación); doméstico (coser, manualidades, hacer la compra, visitar familiares, etc.). Esta distinción entre las conductas y las actividades es en realidad una construcción basada en las características sociales y culturales del contexto y también en las perspectivas interpretativas de los investigadores y las administraciones que la han elaborado.

Como argumenta Stephen Katz (2000) "los elementos de existencia diaria son convertidos en actividades; estas actividades son clasificadas como hechos científicamente observables; estos hechos a su vez se convierten en la base sobre la cual se constituyen otros cálculos, correlaciones y predicciones" (p. 140). ¿Por qué ver la tele mientras se hace ganchillo debería tener un valor menos positivo que ir al cine y pasear? Si la persona mayor "decide" hacer lo que le gusta para «ser», más que hacer algo por «hacer» ¿es una persona menos autónoma y en riesgo de exclusión?

Al contrario, aquí planteo que a veces el «hacer» no inserta realmente las personas mayores en la sociedad, no les permite alcanzar más autonomía y sentirse más agentes de su propia vida. Como ya mostraban en los años setenta algunos estudios etnográficos en comunidad de mayores jubilados (Jacobs, 1974; Lemon, Bengtson, & Peterson, 1972), no hay una real coherencia entre la frecuencia de las actividades y la satisfacción de la vida.

Además, no siempre el «hacer» aleja el sentimiento de soledad de lo que muchas y muchos sufren y que, en numerosos casos, es la causa principal de un mayor nivel de vulnerabilidad. Este es el caso de algunas mujeres conocidas durante el trabajo de campo en Extremadura: casi todas se entretenían jugando a las cartas, participando en viajes organizados o convivencias en otros pueblos, sin embargo muchas de ellas se quejaban de soledad, identificando dichas actividades como simple maneras de "entretenerse" y "pasar el tiempo". Es decir, aunque ocupar el tiempo con actividades grupales y salir de casa provoca ciertos efectos positivos en el estado de ánimo de la perso-

na, no siempre permite anular el sentimiento de soledad, ya que esto va más allá de la compañía física.

Otro ejemplo es el caso del grupo de mujeres que participaban en un taller de memoria en el Centro de Mayores en Madrid. Algunas de estas mujeres tenían problemas de memoria no por la edad o por reales disfunciones de sus cerebros, sino porque se encontraban en un estado semidepresivo a causa de problemas personales. Una se había quedado viuda dos años antes y ahora vivía con el hijo soltero. Otra tenía unos problemas de ansiedad que la llevaban a tener atracones de comida. Cuando el curso terminó, después de alrededor de tres meses, estas mujeres admitieron que se sentían mejor, que veían con ojos más positivos sus vidas. Pero no por los ejercicios de memoria que les habían mostrado que sus cerebros seguían funcionando, sino por la atención y cariño recibido por parte del profesional que impartía el taller y de las demás compañeras. En este caso, la causa de la vulnerabilidad y de la posible exclusión de estas mujeres era su estado semidepresivo, no su edad o su falta de memoria. Y su "reinserción" ha sido posible gracias al "plus" de trabajo realizado por el profesional que añadió afecto, y a la complicidad establecida entre las participantes.

En breve, se puede afirmar que a veces las causas de la exclusión y la vulnerabilidad de los mayores están más en los aspectos emotivos que en los aspectos físicos y/o participativos. Por tanto creo que, a la hora de realizar programas de inserción o de Envejecimiento activo, deberían considerarse todas las variables propias del contexto en el que se van a implantar.

Es cierto que, tanto en la zona de estudio de Extremadura como en Madrid, había algunos mayores que seguían manteniéndose activos no solo para "ocupar el tiempo", interesándose del patrimonio cultural de su municipio, trabajando activamente en las Asociaciones de jubilados y de amas de casa, realizando cursos y talleres en los Centros municipales de Mayores o en otros sitios. No obstante, no todos los mayores necesitan «hacer» para sentirse insertado en una vida "normalizada". Y aquellas y aquellos que necesitan «hacer» para sentirse autónomos y activos, no necesitan hacer lo mismo en todos los contextos.

## Perfección del cuerpo y autonomía individual

---

En los anteriores apartados hemos visto como la Ley de Dependencia y el paradigma del Envejecimiento activo en España se dirigen, en sus enunciados, hacia la promoción de la autonomía personal. Desde la Ley de Dependencia a través de un aparato asistencial y de cuidado para posibilitar la realización de las ABVD y desde las políticas de Envejecimiento activo a través del «hacer» para integrarse en la sociedad. También

hemos visto como, en la práctica, ambas políticas se desarrollan esencialmente a través del enfoque biomédico. Por consiguiente, la autonomía que pretenden fomentar es esencialmente una autonomía física, o psicofísica.

Podemos afirmar que, no solo en el caso de los mayores sino en general para todos los individuos, el modelo biomédico ha conseguido implantar un sistema encaminado hacia la perfección del cuerpo humano. Dicho «patrón de perfección del cuerpo», como lo define M. Moscoso (comunicación personal, 21 de febrero de 2012), que toma cada vez más fuerza a través del desarrollo de la medicina, la biotecnología, la tecnociencia, etc., por un lado se basa en el modelo del cuerpo normativo (sano, capaz, joven, etc.), por otro se relaciona con la idea del individuo autónomo, que tiene que ser capaz de hacerse por sí mismo en total independencia. Bajo el discurso biomédico, si un individuo tiene un cuerpo perfecto no tiene ninguna necesidad de asistencia por parte de los demás, no está enfermo, no está "discapacitado", ni viejo. Según la Ley de Dependencia por ejemplo, no necesita ayuda de nadie para realizar las ABVD. Así que, más en general, no necesita cuidado por qué no es dependiente. Y si no es dependiente, significa que es independiente, por ende, autónomo. En fin, la perfección del cuerpo llevaría a una total autonomía personal, de allí la relación estricta entre el modelo biomédico dominante y la ideología individualista de la autonomía personal como independencia.

David Le Breton (2011) argumenta que esta atención por el aspecto corporal de la persona se debe a la noción moderna de cuerpo que deriva de la estructura social individualista actual: al mismo tiempo en que los individuos son separados los unos de los otros, el cuerpo se concibe como una parte aislable de la persona. Una visión cercana al enfoque neoliberal que intenta desgarrar el vínculo de interdependencia entre personas para abocar a una autonomía del yo, una privatización de la existencia y una autosuficiencia en el cuidado (Lopez Gil, 2014).

Así, la autonomía se reduce al individualismo propio de una ideología caracterizada por la puesta en valor de la independencia de todos los lazos y de todas las obligaciones sociales. Sin embargo, como sugiere George Agich (2007), un enfoque centrado solo en la autonomía, entendida como independencia y autosuficiencia, olvida que los seres humanos son esencialmente dependientes.

En este contexto, es interesante la perspectiva de los *disability studies*, por los que la autonomía personal no se entiende en términos de autosuficiencia, de capacidad de hacer todo por sí mismo, sino en términos de capacidad de decidir y ejercitar el control bajo cualquiera ayuda se necesite, para conseguir los objetivos elegidos (Fine y Glendinning, 2005).

Por tanto, es posible pensar la autonomía en relación a otro tipo de subjetivismo, a otra socialidad que aquella de los individuos atomizados y otra vida moral que aquella del ser racional/razonable. Lo que quiero plantear es que más que de «autonomía personal» se debería hablar de «autonomía relacional» (Mackenzie & Stoljar, 2000), un concepto que nos permite tomar en consideración las condiciones y las relaciones sociales a través de las cuales surge la autonomía y que, por este motivo, rompe con el modelo actualmente vigente de un sujeto que se auto realiza por sí mismo.

Volviendo a las políticas de cuidado y de Envejecimiento activo en España, hemos visto que sus postulados se centran en la promoción de la autonomía personal, sobre todo en términos físicos. Sin embargo, si exploramos más detenidamente las condiciones en las que se da cuidado y en las que se realizan las actividades de Envejecimiento activo, vemos que la autonomía que realmente se promueve no es la personal, ligada a la idea de independencia, sino la «relacional».

En el caso de la Ley de Dependencia se sostiene que la persona considerada dependiente puede llegar a ser autónoma a través la realización de las ABVD. Pero, si la persona necesita de otras personas para, por ejemplo, asearse y caminar ¿dónde está la autonomía personal? En otras palabras, si su autonomía también depende de factores externos a su individualidad (personas en el entorno, recursos económicos, etc.) se trata más de una autonomía «relacional» que de una autonomía «individual».

Por su parte, las políticas de Envejecimiento activo promueven la participación y las relaciones sociales como herramientas para que las personas mayores se "integren" en la sociedad para así mantener y/o conseguir autonomía. Por lo que en este caso también la persona no puede conseguir autonomía por si sola.

Todo esto demuestra que en la práctica las políticas de cuidado y de Envejecimiento activo están promoviendo una autonomía indiscernible de las condiciones y relaciones sociales. Una «autonomía relacional». ¿Por qué entonces tanto hincapié en el concepto de «autonomía individual»?

Dicho así, este postulado parece bastante obvio. Sin embargo contiene un importante cambio de perspectiva, ya que nos permite pensar en la autonomía ya no como sinónimo de independencia (Jouan & Laugier, 2009), como un «hacerse a sí mismo por sí mismo», sino como un «hacerse a sí mismo por (a través de) los demás».

Aunque el sujeto ocupe un lugar importante y necesario en la toma de decisiones en su vida, por lo que mantiene, y debería mantener, una autonomía entendida como libertad de acción y decisión, creo que, encontrándose el sujeto siempre vinculado a un entorno (social, ambiental, tecnológico, cultural, etc.), su autonomía nunca está com-

pletamente aislada, por lo que nunca puede llegar a ser del todo individual. Siempre será relacional, porque siempre estará vinculada al entorno. La reconfiguración del concepto de autonomía en el de «autonomía relacional» resulta así significativa porque permite incluir las condiciones intersubjetivas y las condiciones sociales en el corazón mismo de su definición, sin que sean excluyentes entre sí.

Podemos pensar a las condiciones sociales como positivas, en el sentido de que lo social facilita la autonomía (puedo poner en práctica mi deseo y decisión de trabajar a tiempo completo porque existe una red de recursos humanos y materiales que permite que mis hijos/as y mi casa estén cuidados), o como negativas, en el sentido de que algunas condiciones sociales pueden intrínsecamente obstaculizar la autonomía (no puedo poner en práctica mi deseo y decisión de trabajar a tiempo completo porque no existe una red de recursos humanos y materiales que permite que mis hijos/as y mi casa estén cuidados). Aun así, bajo cualquier dimensión se presenten, las condiciones sociales siempre están actuando en relación a la autonomía.

Por tanto, mientras las interpretaciones tradicionales de la «autonomía individual» no consideran otra cosa que el agente aislado reflejando sus propios deseos, en autosuficiencia y autodeterminación, las teorías de la autonomía relacional, aunque desde diferentes perspectivas, consideran la autonomía dependiente de las interrelaciones humanas. Por este motivo la autonomía relacional no se opone a la dependencia. Esta no es vista como un carácter negativo que solo algunos individuos detienen (enfermos-no-sanos, niños-no-adultos, mayores-no-jóvenes, mujeres-no-varones). Al contrario, si para que haya autonomía es necesario mantener relaciones con el entorno social, significa que la dependencia es constitutiva de la autonomía.

## Dependencia y vulnerabilidad como condiciones del ser humano

---

Las teorías basadas en la autonomía relacional ponen así en escena una nueva visión del sujeto basada en la noción de dependencia, que toma en consideración la dimensión relacional de la existencia humana. Por lo tanto, podemos hablar en término de interdependencia (Fine & Glendinning, 2005) y de vulnerabilidad.

Margrit Shildrick (2002) sostiene la necesidad de reconocer la fragilidad y la vulnerabilidad de todos los cuerpos y propone una nueva forma de la ética, una ética de la vulnerabilidad, que tome en consideración la multiplicidad de las diferencias encarnadas. Asimismo, Patricia Paperman y Sandra Laugier (2011) hablan de la dependencia y

de la vulnerabilidad como rasgos característicos de la condición de todo el mundo y no como "accidentes" que solo llegan solo a determinadas personas.

Concebir la vulnerabilidad como un "accidente" significaría pensar que se trata de un estado propio de aquellos que se encuentran en una condición social de riesgo y de dificultad que obstaculiza la satisfacción de su bienestar. Un poco en la línea de pensamiento de Robert Castel (1991), por el que la vulnerabilidad se encuentra en aquellas "situaciones intermedias", caracterizada por una relación "precaria" con el empleo y en una relación "frágil" en sus contextos sociales, que pueden llevar a una situación de exclusión social. Aunque el autor afirma que es imposible que el sujeto se individúe a sí mismo y se vuelva agente y actor sin "apoyarse" en algunos soportes, o sea sin tener unos vínculos relacionales que les permitan estar "integrado" en la sociedad, parece que los soportes del que habla se refieren exclusivamente a la relación laboral/remunerada del individuo: aquellos que no están dentro del mercado de trabajo al parecer no pueden individuarse a sí mismos y por esto no están integrados y, por ende, pasan de la vulnerabilidad a la exclusión, a través de la desafiliación. En fin, Castel centra el análisis únicamente en el trabajo remunerado como soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Sin embargo, la noción de vulnerabilidad que permite un cambio en la representación de la dependencia y la autonomía va más allá de las situaciones socioeconómicas del momento y, como sostiene Luca Pattaroni (2011), pone en cuestión la noción kantiana de persona como ser de razón autosuficiente que ignora la dependencia.

Según Tronto (1993/2009) la vulnerabilidad así entendida tiene el mérito de mostrar que no somos todos individuos igualmente autónomos e independientes. Permite mostrar que todos, en determinados momentos, sufrimos más vulnerabilidad que otros. Esto significa que no hay personas vulnerables y dependientes de por sí, sino que todos somos interdependientes y por esto en el cuidado es necesario encontrar el equilibrio entre las necesidades de aquellos que ofrecen y de aquellos que reciben cuidado.

Por este motivo se hace necesario considerar la vulnerabilidad como elemento constitutivo de la existencia y experiencia humana (Pérez Orozco y López Gil, 2011). Porque así es posible entender el cuidado y la interdependencia, y la "vida en común" (López Gil, 2014), como un problema de primer orden.

Como sugiere Silvia López Gil (2013; 2014), la vulnerabilidad aparece entonces como una herramienta conceptual para cuestionar y cambiar el actual ideal neoliberal de autosuficiencia, autonomía individual e independencia.

En la misma línea se encuentran las teorías de Judith Butler (2004/2006). Para la filósofa la vulnerabilidad es la condición propia de nuestro estar en el mundo: una "vulnerabilidad original respecto del otro —una vulnerabilidad que no se puede ignorar sin dejar de ser humano—" (p. 16).

Según la autora, esto se debe a que el cuerpo en el que estamos tiene una dimensión pública, por lo que se trata en sí mismo de un fenómeno social que hace que mi cuerpo sea al mismo tiempo mío y no-mío. Al contrario del discurso biomédico que trata el cuerpo principalmente como objeto, Butler plantea que el cuerpo es agente y sujeto, sometido a las normas culturales a las que se "adapta", pero a las que también se resiste, siendo el lugar de las prácticas sociales que dan forma a nuestros yo (Esteban, 2004). Es decir, el cuerpo tiene una dimensión social que hace que el yo no pueda ser totalmente autónomo, ya que afirmar la autonomía individual significa negar las condiciones sociales de mi cuerpo. En palabras de Butler (2004/2006):

Si estoy luchando por la autonomía, ¿necesito luchar también por algo más, por una concepción de mí mismo como parte de una comunidad, afectados por otros, actuando sobre otros en formas que no controlo del todo ni puedo predecir con claridad? ¿Hay algún modo de seguir luchando por la autonomía en distintas esferas, sin abandonar las demandas que nos impone el hecho de vivir en un mundo de seres por definición físicamente dependientes unos de otros, físicamente vulnerables al otro? ¿No se trata de otra forma de comunidad imaginaria en la que solo nos parecemos por tener que sufrir por separado la misma condición —una condición común a todos que no puede ser pensada sin diferencia?— Esta forma de comunidad imaginaria afirma la correlatividad no solo como un hecho histórico o descriptivo de nuestra formación, sino también como una dimensión normativa de nuestra vida social y política que nos obliga a examinar nuestra interdependencia (pp. 53-54).

Esta situación hace que todos y todas seamos originariamente vulnerables, porque dicha vulnerabilidad precede la formación misma del yo. Pero Butler no se limita a sostener la universalidad de la vulnerabilidad, sino que argumenta que, para que haya un «encuentro ético», un encuentro que lleve al cuidado mutuo, es necesario que la vulnerabilidad sea reconocida.

En efecto, aunque la dependencia y la vulnerabilidad sean condiciones del ser humano, hay dependencias y vulnerabilidades que se ocultan, que no se ven ni se nombran. Mientras que hay otras que sí se ven y reciben un nombre, y con esto una realidad tangible. No se considera de la misma manera una dependencia física, que requiere la ayuda de otra persona, por ejemplo para comer, que una dependencia emocional, que para ser aliviada necesita de la cercanía de la persona, no de sus actos práctico.

Pero podríamos preguntarnos si existe diferencia entre una vulnerabilidad "física" y una afectiva-psíquica. ¿Qué es lo importante? También podríamos preguntarnos si la dependencia solo va en una dirección. Un bebé necesita de un adulto para vivir, pero ¿el adulto no necesita del bebé? ¿Quién realmente depende de quién? Por tanto, para pensar la vulnerabilidad primaria de todo ser humano, es necesaria una teoría del reconocimiento. Sin este reconocimiento, o, como diría Joan Tronto (2005; 1993/2009), sin el reconocimiento de la necesidad de cuidado, no puede existir ningún encuentro.

Y si existen muchas formas y dimensiones de dependencia y de vulnerabilidad, existen muchos tipos de cuidado. De hecho, asistir una persona, joven, en su formación social e intelectual, no es lo mismo que asistir una persona con dificultades derivadas de una enfermedad, un accidente, etc. No obstante ¿acaso no se trata de cuidado el esfuerzo que hace un progenitor para que su hijo o su hija puedan optar a la educación? Las horas pasadas al teléfono consolando una amiga ¿no es cuidado? Se trata de distintos tipos de cuidado que conllevan distintos tipos de objetivos, valores y sentimientos, pero al fin y al cabo es cuidado.

La perspectiva de Butler se relaciona a la ética del cuidado desarrollada por la psicóloga Carol Gilligan (1982/1985). Esta se contrapone a la "ética de la justicia" divulgada por Lawrence Kohlberg (1963; 1981) que define un modelo de formación moral universal (y masculina) y se basa en el respeto de los derechos formales de los demás entendidos como individuos independientes. En este contexto la responsabilidad hacia los otros se configura como una limitación de la acción para evitar la posible agresión de los derechos: la responsabilidad es no hacer algo que pueda dañar a los demás. En cambio, la ética del cuidado de Gilligan<sup>4</sup> se construye alrededor de las relaciones entre el Yo y el otro sustentándose en un juicio más contextual: toma en consideración las particularidades de los individuos, considerados interdependientes, y también los detalles de la situación concreta que hay que juzgar. Por tanto, la responsabilidad se configura aquí como un deber moral de actuar, porque se entiende el mundo como una red de relaciones que incluye al Yo y a los demás y donde el uno depende del otro.

Este enfoque permite explorar la toma de decisiones y las estrategias acerca del cuidado desde un diferente punto de vista: el cuidado no se configuraría como una asistencia paternalista hacia personas consideradas dependientes, sino como una herramienta necesaria para ofrecer a las personas las maneras de individuarse.

---

<sup>4</sup> La ética del cuidado de Gilligan ha sido criticada por asociar el cuidado a la formación moral de las mujeres, haciendo de esta teoría una "ética femenina del cuidado". Sin embargo, posteriormente Gilligan se preocupó de matizar que ella no entiende el cuidado como "natural" y propio de las mujeres, sino como una preocupación humana (Gilligan, 2011).

Si pensamos a una persona mayor encamada, o a una persona en silla de ruedas, el cuidado que recibe no tiene por qué configurarse exclusivamente como un síntoma de su pérdida de autonomía o como una carga del cuidador. Puede ser interpretado como una relación entre individuos en la que ambos se individualizan como personas vulnerables a la vez y en la que no solo la persona cuidada mantiene u obtiene autonomía, sino que se da el encuentro y la formación de una autonomía relacional entre ambos. No podemos negar que a veces se dan situaciones donde el alto nivel de vulnerabilidad de una persona hace que la carga de cuidado sea insostenible. Sin embargo, estas situaciones y los efectos negativos que comportan no son características propias del cuidado en sí. Más bien, habría que relacionarlas con otros factores, como la falta de recursos necesarios que aseguren el derecho a no cuidar o a cuidar cuando se puede y/o quiere, o las obligaciones derivadas de las relaciones de poder y de género.

El cuidado en sí, como experiencia de reproducción social necesaria para el desarrollo de los individuos y de las sociedades, no tiene por qué ser una explotación obligada ni tener consecuencias únicamente negativas. Es la construcción sociocultural e histórica que ha llevado a que los cuidados sean relegados a la esfera familiar como si fueran una «obligación natural», en particular de las mujeres. Pero estos no tienen por qué ser algo intrínsecamente privado y personal. Pueden ser vistos más bien como una responsabilidad social, necesaria, que involucra toda la sociedad (Cerri & Alamillo-Martínez, 2012).

Asimismo, si todas y todos somos fundamentalmente receptores y donantes de cuidado (Haber, 2011), el cuidado no debería configurar solo la ayuda y asistencia que paliaba una falta de la que sufrirían solo los más frágiles.

Está claro que no podemos cuidar de todas las personas y tenemos que asumir este límite. Se trata de una dificultad propia del cuidado, la dificultad de ampliar el cuidado a los demás en general, a aquellos con los que casi no tenemos relación, que es también una crítica constante que se hace a la ética del cuidado. Según Tronto (1987/2011) la solución residiría en precisar cómo transformar las instituciones políticas y sociales para que el cuidado sea puesto al centro de la sociedad. Por su parte, Papperman (2011) sostiene que la cuestión principal en la que hay que centrarse no es tanto la posibilidad o no de ampliar el cuidado a los demás en general, sino la necesidad de reconocer la realidad de nuestras dependencias.

En este cambio de perspectiva, no solo el cuidado deja de ser una relación asimétrica entre cuidador autónomo y receptor de cuidado dependiente, sino que la dependencia pierde sus connotaciones negativas y se presenta como constitutiva de la naturaleza humana. Siempre y cuando una relación de dependencia no se configure, expli-

cita e implícitamente, como una relación de dominación, bajo la cual la capacidad del individuo de definir sus objetivos y sus proyectos de vida se ve prácticamente anulada (Garrau & Le Goff, 2010). La dependencia por tanto no es sinónimo de dominación y, aunque la frontera entre ambas a veces suele ser sutil, es necesario diferenciarlas para realizar un cambio de perspectiva que nos permita identificarnos a todas y todos como seres por naturaleza (inter)dependientes.

Así, el cuidado es pensado como parte de la vida humana misma y la vulnerabilidad y la dependencia de todas y todos como elementos constitutivos de la existencia y experiencia humana (Pérez Orozco & López Gil, 2011).

## Conclusiones

---

El propósito de este artículo ha sido realizar una reflexión acerca de los conceptos de dependencia, autonomía y vulnerabilidad que soportan los discursos y las prácticas en el cuidado de las personas mayores y configuran la idea misma de persona. Dicha reflexión surge de la exigencia de dar sentido y responder a algunas cuestiones recurrentes en mi trabajo de campo y de la convicción de la necesidad de modificar la perspectiva actual en los estudios científicos y en las prácticas políticas.

A lo largo de esta comunicación, he ido subrayando como las dos políticas actualmente más desarrolladas en el estado español acerca de los cuidados en la vejez, la de asistencia a través de la Ley de Dependencia y la de Envejecimiento activo, se basan principalmente en una visión de la autonomía como autonomía "física", herencia del predominio del modelo biomédico acerca del cuerpo. Además, tienen el objetivo común de promover una autonomía «personal» siguiendo el modelo racional de la autonomía individual como sinónimo de independencia.

No ha sido mi intención poner en duda la necesidad de políticas públicas de asistencia y participación. Ni negar que en algunos contextos y por algunas personas estas políticas llevan a un real bienestar. Al revés, considero fundamental seguir insistiendo en la necesidad de este tipo de actuaciones, pero también creo necesario avanzar en la reflexión teórica para promover nuevos y sugerentes estudios empíricos acerca de la realidad social, que permitan realizar cambio para conseguir un modelo social más equitativo.

Por ejemplo, en el caso de las políticas de asistencia a la dependencia, he mostrado que las personas son concebidas principalmente como cuerpos pasivos al que hay que asistir de la forma más conveniente, determinando lo que es "conveniente" a través de criterios exteriores a la persona cuidada. Siguiendo esta perspectiva, las personas

mayores, en particular aquellas que sufren un mayor nivel de vulnerabilidad, corren el riesgo de ver anulada su subjetividad. Lo que planteo es empezar a trabajar «con» los mayores y no solo «para» los mayores. De esta manera se pasaría de un modelo médico monológico a un modelo dialógico basado en la interdependencia y la autonomía relacional. Trabajar «con» significa asumir que la persona considerada dependiente no ha perdido su autonomía y por esto necesita ayuda externa para obtenerla. Significa asumir que no existe una autonomía individual(ista) que se pierde y/o se recupera. Sino que todas y todos vemos nuestra autonomía tomar forma(s) en el transcurso del tiempo y en los diferentes contextos a través de las interacciones con los demás. Por este motivo, considerar la interdependencia como constitutiva del ser humano no significa rechazar la idea de la autonomía en sí misma. Significa considerar que sin los demás nunca podremos llegar a ser autónomo, porque nunca podremos llegar a individualarnos a nosotros mismos.

En el campo de los cuidados, asumir la autonomía relacional y la interdependencia como constitutivas del ser humano plantea la posibilidad de ir más allá de la distinción entre cuidador (activo e independiente) y receptor (pasivo y dependiente) y entre sujeto (autónomo) y objeto (dependiente). Es cierto que hay etapas de la vida en las que las necesidades de cuidado aparecen con más fuerza, en la niñez y en la vejez, o estando enfermo, o por una situación conflictiva en la que se necesita más ayuda, o en caso de problemas económicos. Pero estas necesidades existen no solo en los "dependientes" sino también en las personas consideradas "independientes".

Asimismo, el cuidado se configura ya no como un asunto "doméstico", "familiar" y "femenino" secundario, sino como una responsabilidad social, moral y política de primer orden, que involucra toda la sociedad. Plantear el cuidado de esta manera permite incorporar en los análisis y en las actuaciones políticas aquellos factores, externos a la individualidad de los sujetos, que "complican" las relaciones de cuidado, como por ejemplo los recursos económicos para comprar cuidado en el mercado; la calidad y la cantidad de los servicios públicos de cuidado; la configuración de las redes de parentesco, de amistad y de vecindad; las relaciones de poder y de género en cada contexto.

Para concluir, el propósito de este artículo ha sido promover un cambio de perspectiva que permita proponer alternativas a los actuales modelos imperantes de vejez, dependencia y cuidado. Dicho cambio de perspectiva plantea la necesidad realizar estudios empíricos, reflexiones teóricas y actuaciones sociales y políticas que tomen como punto de partida la necesidad "universal" de cuidado de todo ser humano en un contexto de autonomía relacional e interdependencia, yendo más allá de la lógica racional individualista y de las dicotomías establecidas entre público/privado, sujeto/objeto, dependiente/independiente, normal/anormal, etc.

Se hace necesario así un cambio en las políticas públicas actuales para llegar a un trabajo "en red". Por un lado, entre las diferentes políticas públicas, sobre todo entre las de asistencia a la dependencia y de envejecimiento activo, que como hemos visto no son tan antónimas. Pero también entre las políticas de empleo, conciliación familiar, sanitarias, etc. haciendo del cuidado y la dependencia algo transversal a todo tipo de política.

Por otro entre los distintos agentes de bienestar, cuidadores directos e indirectos. No solo el Estado, que debería asegurar a todos y todas el derecho a ser cuidado o no, y a cuidar o no cuidar, sino también el mercado, el tercer sector, la familia, el vecindario, los amigos, etc. Un poco en la línea del modelo de *Social care* (Martín Palomo, 2008a; 2008b; 2009) propuesto recientemente.

Además, ya existen ejemplos de cuidados en un contexto de interdependencia y autonomía relacional. Por ejemplo los pisos intergeneracionales; los apartamentos para mayores; *senior co-housing* autogestionados; Centros que reúnen las características de Centro de Día y Centro de Mayores. Son ejemplos reales de la posibilidad de crear centros más "abiertos", que vayan más allá de la lógica biomédica e neoliberal y, además, permitan incorporar también aquellas vejez "marginales" que no suelen ser tenidas en cuenta. Por ejemplo mayores LGTB que sufren una considerable invisibilidad en un mundo donde se supone que la norma es la heterosexualidad, y entre los ancianos más. O mayores pertenecientes a otras tradiciones culturales donde se utilizan otros tipos de cuidados y otro tipo de actividades, a veces más para un bienestar mental que físico. Se podría objetar que estas vejez "marginales" pueden buscar alternativas fuera de los servicios públicos. Sin embargo, si los servicios públicos son un recurso que se mantiene gracias a la contribución de todas y todos ¿por qué no deberían responder también a las necesidades de estos diferentes perfiles de mayores?

## Referencias

- Abellán García, Antonio, & Hidalgo Checa, Rosa M<sup>a</sup> (2011). Definiciones de discapacidad en España. *Informes Portal Mayores*, 109, 1-17. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf>
- Agich, George (2007). Autonomy as a problem for clinical ethics. En Thomas Nys, Yvonne Denier, & Toon Vandeveldel (Eds.), *Autonomy and Paternalism. Reflections on the Theory and Practice of Health Care* (pp. 71-92). Lovaina: Peeters.
- Algado Ferrer, María Teresa (1997). *Envejecimiento y sociedad. Una sociología de la vejez*. Alicante: Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert".
- Barfield, Thomas (Ed.) (2001). *Diccionario de Antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Butler, Judith (2004/2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Caradec, Vincent (2010). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Casado Marín, David (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gazeta Sanitaria*, 15(2), 154-163.
- Castel, Robert (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. En Jacques Donzelot (Ed.), *Face à l'exclusion. Le modèle français* (pp. 137-168). Paris: Éditions Esprit.
- Cerri, Chiara, & Alamillo-Martínez, Laura (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, 28(2), artículo 14. Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4145>
- Cohen, Lawrence (1994). Old Age: Cultural and Critical Perspectives. *Annual Review of Anthropology*, 23, 137-158. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.anthro.23.1.137>
- Collière, Marie-Françoise (1982/1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.
- Csordas, Thomas J. (2000). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- de Asís Roig, Agustín (2007). Reflexiones en torno a la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Universitas: Revista de filosofía, derecho y política*, 5, 3-21.
- Ekerdt, David J. (1986). The busy ethic: moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26(3), 239-244. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.3.239>
- Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Ferreira, Miguel (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65.
- Fine, Michael, & Glendinning, Caroline (2005). Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing & Society*, 25(4), 601-621.
- Foucault, Michel (1976/1987). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI de España.
- García Selgas, Fernando J. (1994). El «cuerpo» como base del sentido de la acción. *Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 41-83.
- Garrau, Marie, & Le Goff, Alice (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gilligan, Carol (1982/1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Gilligan, Carol (2011). Une voix diferente. Un regard prospectif à partir du passé. En Patricia Paperman & Sandra Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 37-50). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.

- Guzmán Castillo, Francisco; Moscoso, Melania & Martín, Mario Toboso (2010). Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 48, 43-56.
- Haber, Stéphane (2011). Éthique du care et problématique féministe dans la discussion américaine actuelle. De C. Gilligan à J. Tronto. En Patricia Paperman & Sandra Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 187-208). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Han, Byung-Chul (2010/2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul (2014). *Psicopolítica*. Barcelona. Herder Editorial.
- Harper, Sarah (2010). La capacidad de las instituciones de seguridad social y de asistencia médica para adaptarse a un mundo que envejece. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 63(3-4), 96-218.
- Hochschild, Arlie Russell (2003). *The commercialization of intimate life. Notes from home and work*. Berkeley, CA: University of California Press.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo.
- INE (2010). *Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jacobs, Jerry (1974). *Fun City: An Ethnographic Study of a Retirement Community*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Jouan, Marlène, & Laugier, Sandra (2009). *Comment penser l'autonomie? Entre compétence et dépendances*. Paris: Puf.
- Katz, Stephen (1992). Alarmist demography: Power, knowledge, and the elderly population. *Journal of aging studies*, 6(3), 203-225. [http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065\(92\)90001-M](http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065(92)90001-M)
- Katz, Stephen (1996). *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: The University Press of Virginia.
- Katz, Stephen (2000). Busy Bodies: Activity, Aging and the Management of Everyday Life. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 135-152. [http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065\(00\)80008-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065(00)80008-0)
- Kohlberg, Lawrence (1963). The development of children's orientations toward a moral order: I. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana*, 6(1-2), 11-33.
- Kohlberg, Lawrence (1981). *Essays on moral development*. Nueva York: Harper and Row.
- Le Breton, David (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Puf.
- Lemon, Bruce W.; Bengtson, Vern L., & Peterson, James A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>

- Lenoir, Rémi (1979). L'invention du troisième âge. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26 (26-27), 57-82.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE del 30.04.1982). Extraído el 09 de abril de 2015, de <https://www.boe.es/boe/dias/1982/04/30/pdfs/A11106-11112.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE del 29.04.1986). Extraído el 09 de abril de 2015, de <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE del 15.12.2006). Extraído el 12 de febrero de 2010, de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- López Gil, Silvia (2013, 12 de diciembre). ¿Cómo hacer de la vulnerabilidad un arma para la política? (Entrada de blog). *Diagonal Blog*. Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/vidasprecarias/como-hacer-la-vulnerabilidad-arma-para-la-politica.html>
- López Gil, Silvia (2014). Debates en la teoría feminista contemporánea: sujeto, ética y vida común. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 45-53. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1224>
- Mackenzie, Catriona, & Stoljar, Natalie (Eds.) (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. New York: Oxford University Press.
- Marbán Gallego, Vicente (2012). Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 375-398.
- Martín Palomo, María Teresa (2008a). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 45(2), 29-47.
- Martín Palomo, María Teresa (2008b). Domésticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26(2), 13-44.
- Martín Palomo, María Teresa (2009). El *care*, un debate abierto: de las políticas de tiempos al *social care*. *Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia*, 4, 325-355.
- Moscoso, Melania (2009). A propósito de la ley de promoción de la autonomía personal y de ayuda de la dependencia. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 3(2), 217-221.
- Okely, Judith (1990). Clubs for le troisième âge: communitas or conflict. En Paul Spencer (Ed.), *Anthropology and the riddle of the sphinx. Paradoxes of change in the life course* (pp. 194-212). London: Routledge.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Paperman, Patricia (2011). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. En Patricia Paperman & Sandra Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 321-337). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.

- Paperman, Patricia, & Laugier, Sandra (Eds.) (2011). *Le Souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Pattaroni, Luca (2011). Le care est-il institutionnalisable? Quand la «politique du care» émousse son éthique. En Patricia Paperman & Sandra Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 209-233). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Pérez Díaz, Julio (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*, 104, 210-226.
- Pérez Díaz, Julio (2006). Demografía y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, 51. Recuperado el 14 de junio de 2012 de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5120/1/Perez2006a.pdf>
- Pérez Orozco, Amaia (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37.
- Pérez Orozco, Amaia, & Baeza Gómez, Paula (2006). Sobre «dependencia» y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Lan harremanak-Revista de relaciones laborales*, 15(2), 13-40.
- Pérez Orozco, Amaia, & López Gil, Silvia (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas*. Madrid: ONU Mujeres.
- Pérez Ortiz Lourdes (2011). Envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico. En María Teresa Bazo (Coord.), *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa* (pp. 145-166). Valencia: Nau Llibres - Edicions Culturals Valencianes, S.A.
- Precarias a la deriva (2005). *Una huelga de mucho cuidado. Cuatro hipótesis*. Recuperado el 10 de noviembre de 2011 de [http://www.sindominio.net/contrapoder/article.php3?id\\_article=53](http://www.sindominio.net/contrapoder/article.php3?id_article=53)
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE del 14.07.2012). Extraído el 13 de junio de 2013, de <http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
- Riley, Matilda White (1976). Age Strata in Social Systems. En Robert Binstock & Shanas Ethel (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Science* (pp. 189-217). New York: Von Norstrand Reinhold.
- Rogero-García, Jesús (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- San Román, Teresa (1989). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Caixa Fundación Caja de Pensiones.
- Scheper-Hugues, Nancy & Lock, Margaret M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <http://dx.doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

- Shildrick, Margrit (2005). The disabled body, genealogy and undecidability. *Cultural Studies*, 19(6), 755-770. <http://dx.doi.org/10.1080/09502380500365754>
- Talarsky, Laura (1998) Defining Aging and The Aged: Cultural and Social Constructions of Elders in the U.S. *Arizona Anthropologist*, 13, 101-107.
- Toboso Martín, Mario, & Guzmán Castillo, Francisco (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales...y otros lechos de Procasto. *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83.
- Torres Minoldo, María Sol (2012). Ni el envejecimiento ni el descenso de la natalidad: lo inviable es el actual esquema distributivo. *Astrolabio Nueva Época*, 8, 81-112.
- Tronto, Joan (2005). Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad. En Actas del Congreso Internacional Sare 2004 *¿Hacia qué modelo de ciudadanía?* (pp. 231-253). Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.
- Tronto, Joan (1993/2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris: Éditions la Découverte.
- Tronto, Joan (2010). Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali. *La società degli individui*, 38(2), 34-42.
- Tronto, Joan (1987/2011). Au-delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care. En Patricia Paperman & Sandra Laugier (Eds.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 51-77). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Vega Solís, Cristina (2009). *Culturas del cuidado en transición*. Barcelona: Editorial UOC.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

**Atribución:** Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)