

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 21

ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

2º TRIMESTRE, JUNIO 2018 | NOTAS BIBLIOGRÁFICAS | PP. 511-520

RECIBIDO: 31/3/2018 – ACEPTADO: 4/6/2018

POTENCIALIDADES Y FRAGILIDADES EN EL ENVEJECER

POTENTIALITIES AND
FRAGILITIES IN AGEING

MARÍA TERESA MARTÍN PALOMO / MTMARTINPALOMO@UGR.ES

UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS / GLORIA.FERNANDEZMAYORALAS@CSIC.ES

IEGD-CCHS-CSIC, MADRID, ESPAÑA

MARÍA EUGENIA PRIETO FLORES / MEPRIETOF@GEO.UNED.ES

UNED (MADRID, ESPAÑA)

ESTE TRABAJO HA SIDO FINANCIADO POR: (1) PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE I+D "ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CALIDAD DE VIDA Y GÉNERO (ENCAGE-CM)". (COMUNIDAD DE MADRID/FONDO SOCIAL EUROPEO; REF. S2015/HUM-3367; 2016-2018; COORD. G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS). (2) "LA CONSTRUCCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN ESPAÑA: AUTOVALORACIÓN, DETERMINANTES Y EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE VIDA (ENVACES)". (MINECO/FEDER/UE; REF. CSO2015-64115-R; 2016-2018; IP: F. ROJO PÉREZ).



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

El envejecimiento demográfico constituye uno de los desafíos sociales y políticos más relevantes de las últimas décadas. Hay diversas aproximaciones al hecho de envejecer, en función de que se ponga el acento en aspectos biomédicos, sociales o políticos. La aproximación al envejecimiento desde una perspectiva de construcción social implica pensar en cómo nos hacemos mayores y cómo lo conseguimos con calidad de vida. En una sociedad desigual en cuanto a las relaciones de género, el hecho de envejecer no se afronta de la misma manera según se trate de mujeres u hombres. Además, en el estudio del envejecimiento son importantes diversas variables sociales, de salud y del entorno físico. Estas variables confluyen en la construcción social de un objeto de estudio que con los años ha ido diversificando su eje según se dedique un mayor énfasis a la fragilidad o, por el contrario, a la potencialidad que encierra envejecer bien, con dignidad, con decencia. El paradigma del *care*, como modelo que reflexiona sobre el cotidiano mantenimiento del mundo, de nuestros cuerpos, de nuestro entorno, de nuestras vidas, contribuiría al concepto de envejecimiento activo, con la mirada puesta sobre la noción de vulnerabilidad humana constitutiva y, por tanto, considerando el cuidado como un proceso complejo y transversal que contribuye a la calidad de vida de todos y todas.

PALABRAS CLAVE

Cuidado; envejecimiento activo; género; políticas públicas; dependencia.

ABSTRACT

Demographic ageing is one of the most relevant social and political challenges in recent decades. There are several approaches to the fact of ageing, depending on the emphasis on biomedical, social or political aspects. The approach to ageing from a social construction perspective implies thinking about how we get older and how we achieve it with quality of life. In an unequal society in relation to gender relations, the fact of ageing is not confronted in the same way as women or men. In addition, in the study of ageing are important different social variables, health and physical environment. These variables converge in the social construction of an object of study that over the years has been diversifying its axis according to devote a greater emphasis to the fragility or, on the contrary, to the potentiality that encloses aging well, with dignity, with decency. The paradigm of care as a model that reflects on the daily maintenance of the world, our bodies, our environment, our lives, would contribute to the concept of active ageing, with the view on the notion of human vulnerability constituent and therefore considering care as a complex and transversal process that contributes to the quality of life of all.

KEYWORDS

Care; active ageing; gender; public policies; dependency .

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos sociales y políticos más relevantes de las últimas décadas. Hay diversas aproximaciones al hecho de envejecer, en función de que se ponga el acento en aspectos biomédicos, sociales o políticos. La aproximación al hecho social del envejecimiento implica pensar en cómo nos hacemos mayores y cómo lo conseguimos con calidad de vida. En una sociedad desigual en cuanto a las relaciones de género, el envejecer no se afronta de la misma manera según se trate de mujeres u hombres. Además, en el estudio del envejecimiento son importantes diversas variables sociales, en una perspectiva interseccional, de salud y del entorno físico. Variables que confluyen en la construcción de un objeto de estudio, que con los años ha ido diversificando su eje según se dedique un mayor énfasis a la fragilidad y la vulnerabilidad creciente que el proceso de envejecer conlleva o, por el contrario, a la potencialidad que encierra envejecer bien, con dignidad, con decencia. Las teorías del cuidado invitan a reflexionar sobre el cotidiano mantenimiento del mundo, de nuestros cuerpos, de nuestro entorno, de nuestras vidas (Fisher y Tronto, 1990), a redefinir y ampliar el concepto de envejecimiento activo: al considerar el cuidado como un proceso complejo y transversal que contribuye a la calidad de vida de todos y todas. Poniendo a dialogar el análisis del envejecimiento con el cuidado, se pretende romper con otro dualismo que ha sido restrictivo en torno al envejecimiento, aquel que separa en dos el hecho de envejecer: un envejecer activo y un envejecer dependiente. Se argumenta aquí que al revisar el carácter procesual que el mantenimiento de la vida, y nuestro mundo posee, no tiene sentido efectuar dicho corte, pues la diversa funcionalidad puede permitir también formas diversas de envejecer activamente, y las fronteras entre ambas tipologías son muy porosas en la vida cotidiana.

2. EL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo (en adelante, EA) como el proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida conforme las personas envejecen (WHO, 2002). Desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital (ONU, 2003), tiene entre sus propósitos ofrecer un marco para la formulación de planes que promuevan la salud y el EA (Ramiro et al., 2012). Concepto al que recientemente se ha añadido un cuarto pilar, el aprendizaje a lo largo de la vida (Faber, 2015).

El género es considerado como un eje transversal para analizar el EA (Foster y Walker, 2013), con implicaciones sobre las diferentes opciones políticas, el bienestar y la calidad de vida de hombres y mujeres (WHO, 2002). El Plan de Acción de Madrid, un ambicioso programa para afrontar el reto del envejecimiento en el siglo XXI, en su Declaración Política (ONU, 2003) destina dos de sus 19 artículos al género, propugnando la eliminación de cualquier forma de discriminación y el favorecimiento de la igualdad entre hombres y mujeres (Artículo 5) así como que se tengan en cuenta las necesidades y experiencias tanto de las mujeres como de los hombres de edad (Artículo 8). Además, son múltiples las referencias al cuidado, a su bidireccionalidad o las personas mayores como sujetos y objetos de cuidado (Artículo 6), al reconocimiento de la contribución de las personas de edad en tanto que proveedoras de cuidado (Artículo 14), así como a la labor de las familias, del voluntariado, las comunidades, las organizaciones de

personas de edad y otras organizaciones para prestar a las personas mayores cuidados complementarios a los que proporcionan los gobiernos (Artículo 15).

Este marco para el EA tiene como objetivo extender la esperanza de vida en buena salud y la calidad de vida a todas las personas a medida que envejecen, incluyendo a las personas más frágiles, con funcionalidad diversa y necesitan que les presten cuidados, transmitiendo un mensaje más inclusivo que la noción de «envejecimiento saludable» (Kalache y Kickbusch, 1997). Las políticas y los programas de EA pretenden fomentar la responsabilidad personal (autocuidado), mediante la adopción de prácticas saludables en todas las edades, con la existencia de entornos amigables con la edad que lo faciliten (del Barrio y Sancho, 2009), y la solidaridad intergeneracional. Precisamente, uno de los mayores desafíos en las políticas es lograr un equilibrio entre el apoyo para el autocuidado (cuidar de sí), el apoyo a las redes de amistad y familia (cuidado procedente de familiares, redes de amistad y vecindad) y el cuidado profesional (servicios sociosanitarios).

Para promover el EA, los sistemas de salud deben tomar una perspectiva de curso de vida con la que promocionar la salud, la prevención de enfermedades y el acceso equitativo a una atención de calidad tanto en los cuidados de salud episódicos como en los de larga duración (long-term-care, en adelante, LTC). En esta línea, se requiere un modelo orientado hacia un continuo de cuidados coordinado e integral, reorientando los sistemas de salud hacia el LTC, pues los modelos de prestación de cuidados agudos son inadecuados para abordar las necesidades de poblaciones que envejecen rápidamente (WHO, 2001). En todo el mundo, familiares y red social y vecinal (principalmente mujeres) proporcionan la mayor parte del apoyo y cuidado a personas adultas mayores que necesitan asistencia (Greve, 2017; Leichsenring, Billings y Nies, 2013). Los estudios muestran que aun cuando los servicios profesionales son provistos, la atención familiar sigue siendo protagonista principal (WHO, 2000b).

El marco para el EA también invita a generar modelos de cuidado que reconozcan las fortalezas de las personas mayores y su empoderamiento para mantener su autodeterminación incluso cuando enfermen o sean más frágiles. Para ello las personas que proveen de cuidado profesional necesitan capacitación y práctica que permita fomentarlos. Debería ser incorporada, pues, formación sobre el EA en el currículo y en los programas de entrenamiento para los profesionales de la salud, servicios sociales y recreación, así como de planificación, arquitectura y urbanismo.

3. LOS CUIDADOS COMO NUEVO PARADIGMA

Joan Tronto (2013, 2009, 1993) propone analizar el cuidado como un proceso social complejo que engloba un gran número de actitudes, la capacidad de adquirir responsabilidades, el trabajo de cuidado y la satisfacción de las necesidades, convirtiéndolo en una actividad central y esencial de la vida humana. En tanto que proceso activo, implica cuatro fases analíticas que, siendo distintas, están estrechamente vinculadas: preocuparse de, encargarse de, dar cuidado y recibir cuidado. No obstante, en esta gramática del cuidado, tal como se señala en Martín Palomo y Krabel (2015), se olvida que en la propia relación de cuidado, en las prácticas cotidianas del cuidar, quien recibe, da, incluso en el propio proceso de ser cuidado, como ocurre

con muchas personas mayores aunque su estado de salud esté deteriorado o presenten una funcionalidad diversa.

El marco conceptual del EA destaca la importancia de la continuidad en la participación de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico, de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, al tiempo que son provistas de la adecuada protección, seguridad y cuidado (Faber, 2015). Esta visión del EA es respetuosa con las diversas formas de envejecer, lo que podría contribuir a romper mitos o prejuicios por los que las personas mayores son percibidas de forma dual: o bien como plenamente autónomas, sanas y felices o como carga, para sus familiares, para el sistema de salud o para el sistema de pensiones. En este sentido, habría que cuidarse de generar paradigmas que repitan el modelo de hombre blanco de clase media, activo y productivo, que no necesita de los demás, tampoco en la vejez. Frente a ello, se propone aquí, tomando en cuenta que el cuidado es una relación de interdependencia (Fine y Glendinning, 2005), desarrollar la línea propuesta por Tronto (1993) y prolongarla incorporando a las cuatro fases analíticas citadas una quinta: lo que da quien recibe el cuidado y los procesos emocionales y morales que pone en marcha, tanto en la persona cuidada como en la persona que cuida; esto es, reflexión sobre la distancia-cercanía afectiva y corporal, sobre los límites entre los cuerpos, sobre la forma de negociar las normas (Martín Palomo y Krabel, 2015). Extensión que permitiría pensar diversas y complejas formas de envejecer activamente, atendiendo a la vivencia de los espacios y de los ritmos temporales sobre la base de la experiencia situada y encarnada de envejecer. Investigaciones como la de Dyck, Kontos, Angus y Mckeever (2005) destacan la importancia de incorporar el espacio de la casa y del cuerpo como escalas de análisis para ampliar nuestra comprensión sobre la estructura de relaciones que condicionan la experiencia del cuidado; otras la dimensión temporal de género en el envejecer (Rogerio, 2010).

Las formas de concebir el cuidado son variadas y están condicionadas por los anclajes culturales y sociales, sin dejar por ello de ser una práctica universal, en la que de un modo u otro todos los seres humanos están involucrados (Martín Palomo, 2016). En este sentido, Nakano Glenn (2000) propone incorporar en el análisis las desigualdades sociales (de género, de clase, de etnia o de nacionalidad) que resultan también en el cuidar, constatando que existe una enorme diversidad en las prácticas de cuidado, que varían de unas sociedades a otras, y de unas culturas a otras.

La suma de la propuesta de Tronto, al entender el cuidado como proceso social complejo al que cabe encontrar una dimensión política, y la de Nakano Glenn, que lo analiza en su dimensión de generador de relaciones de interdependencia y de poder, permite construir un punto de partida con enorme apertura teórica para avanzar en la reflexión sobre el cuidado y el EA, ya que uno y otro pueden dialogar para una visión más compleja y amplia del envejecer con dignidad.

4. LOS CUIDADOS Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El proceso de envejecer forma parte del curso de la vida. En pocos siglos hemos pasado a duplicar la esperanza de vida al nacer, lo que es una alegría si se piensa que el ser humano es interdependiente (Elías, 1990), y que tomar consciencia de dicha interdependencia se traduce

en ir generando una buena vida, desde el momento del nacimiento de la criatura indefensa hasta lograr progresivamente una mayor autonomía. El desarrollo de los estados de bienestar en Europa ha permitido hacer evidente que todos, pequeños y mayores necesitamos conjurar los riesgos y desastres naturales, históricos, coyunturales y biográficos, con estructuras sociales y políticas que nos garanticen la tranquilidad en la senectud si llegamos a ella. Pero probablemente el hecho de envejecer no nos enfrentó a retos semejantes a los que vivimos desde hace apenas unas décadas, en las que el bienestar no consiste solo en vivir mucho, sino en vivir bien (Rojo Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011).

Hace más de dos décadas, Arlie R. Hochschild (1995) planteó que en las sociedades occidentales desarrolladas se constataba un déficit en el cuidado. Un problema social y político de primer orden que bien puede describirse como fruto de la interrelación de diversos fenómenos sociodemográficos (Martín Palomo, 2016): el incremento creciente de la participación de las mujeres en el trabajo remunerado, la reducción de las atribuciones del Estado de Bienestar, la feminización de las migraciones y el envejecimiento de la población (mayor envejecimiento del envejecimiento y feminización del envejecimiento). Ello podría implicar que se genere aún más demanda de cuidados y cabe preguntarse sobre su sostenibilidad presente y futura, sobre todo en el LTC (Durán, 2017, 2018). Es probable que en este contexto, la tecnología desempeñe un papel importante, no solo por la potencialidad que presentan ciertos utensilios y dispositivos técnicos como la teleasistencia, sino por todas las aplicaciones y aparatos que favorezcan la autonomía en la vida cotidiana a personas que por sí mismas no la podrían tener y que, a su vez, ayuden a fomentar su participación social y comunitaria (Martín Palomo y Gómez Bueno, 2018). También tendrán consecuencias, sobre quienes reciben y quienes brindan cuidados, los cambios de los vínculos familiares que podrían alterar la solidaridad familiar (Tobío, Agulló Tomás, Gómez y Martín Palomo, 2010), así como ciertas formas de violencia que surgen en torno a estas relaciones y que en el propio cuidar se pueden generar. El género es transversal al envejecimiento, tanto al propio proceso de envejecer como a las políticas que deberían atender de manera diferencial las consecuencias de este proceso en materia de cuidados y personas cuidadoras (Huenchuan et al., 2010). Ante este panorama, el reto de pensar cómo envejecer bien, con dignidad y decencia se posiciona como uno de los desafíos políticos y sociales de mayor magnitud en este siglo XXI.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los planteamientos teóricos presentados, se invita a analizar el concepto de EA y sus cuatro pilares (salud, participación, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida), desde la perspectiva de los cuidados, que a su vez permite considerar la diversidad de formas de envejecer al incluir género e interseccionalidad como ejes transversales (Fernández Mayoralas et al., 2017). Para ello, se proponen diferentes líneas:

- La centralidad del universo de los cuidados. El cuidado puede ser entendido como una relación de interdependencia, algo que para las mujeres es la vida misma, tiende a ser la base moral y afectiva de su construcción identitaria (Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015). Pero los diferentes cuidados siempre se hallan en confrontación, más aún en un momento del ciclo vital en el que tienden a incrementarse tanto las necesidades de cuidado,

como las demandas de cuidados por parte de los otros. Pese a que se están incorporando cada vez más los hombres en el apoyo o como segundos cuidadores, todos los estudios ponen de manifiesto que las mujeres son las que más y con más intensidad cuidan de otros, al tiempo que tienden a dejar en segundo plano el cuidado de sí mismas. Esta línea tiene que ver con el pilar de salud pero también con la seguridad, con la participación, y con el aprendizaje a lo largo de la vida, pues los cuidados atraviesan los tres espacios analíticos.

- La ineludible vulnerabilidad de todas las personas en tanto que somos cuerpos frágiles, y en especial la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales sobre la que la perspectiva del cuidado invita a reflexionar (Martín Palomo, 2016). Vulnerabilidad que adquiere nuevos contornos si además se aplica una perspectiva interseccional para analizar cómo se entrecruza el género con otras variables que atraviesan las distintas posiciones sociales ocupadas por los diversos sujetos. Este aspecto se asocia directamente con otra forma de entender el pilar de la seguridad, como es el igual acceso real a derechos, la seguridad económica (Bettio, Platon y Betti, 2013; Chinchilla, Jiménez y Grau, 2014; Gilles y Parent, 2006), o el respeto a la pluralidad de formas de envejecer.
- Las maneras de entender la salud, en las que el cuerpo, la corporalidad y la sexualidad tengan un mayor protagonismo, tanto para definir los protocolos de prevención y detección de riesgos como en el respeto al derecho al goce y a la sexualidad (Muñoz Cobos y Almen-dro, 2008). Este último aspecto no solo tiene que ver con la salud, sino con el bienestar en su conjunto, con la participación, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de la vida.
- Y, finalmente, en relación con la participación, se propone reflexionar sobre sus relaciones con el tiempo y el espacio, lo que inevitablemente está vinculado con la domesticidad y los cuidados (Legarreta, 2017). En tanto que las mujeres tienen menos tiempo disponible para sí y para su ocio que los hombres a lo largo de su ciclo de vida, y una relación con el espacio diferente, es central analizar las diferentes limitaciones para desplazarse tanto culturales como físicas en el proceso de envejecer (Marhánková, 2014; Cerri, 2015). En este sentido, son enormemente sugerentes las investigaciones desarrolladas en torno al envejecimiento situado (McHugh, 2003). Ello tiene consecuencias directas en la redefinición del pilar de participación al incorporar la diversidad de posiciones sociales.

Los pilares con los que se define el EA solo se pueden explicar cuando se analizan con una perspectiva de género e interseccional si se pone en el centro el cuidado. Se propone que la noción de EA se amplíe a partir de un análisis del cuidado, en el sentido de incluir el autocuidado como una dimensión transversal, lo que encierra a nuestro modo de ver una enorme potencialidad no solo de salir de una visión dual del envejecimiento sino para una visión más positiva del hecho de envejecer.

6. REFERENCIAS

- Bettio, F.; Tinios, P., y Betti, G. (2013). *The Gender Gap In Pensions in the EU*. Luxembourg, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Cerri, Ch. (2015). *Envejecer (se) y cuidar (se): una aproximación antropológica al mundo de los mayores* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Chinchilla, N., Jiménez, E., y Grau, M. (2014). *Impacto de las pensiones en la mujer. Jubilación y calidad de vida en España*. Navarra, España: IESE.
- del Barrio Truchado, E., y Sancho Castiello, M. T. (2009). Proyecto Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, (39), 1-22.
- Dyck, I., Kontos, P., Angus, J., y Mckeever, P. (2005). The home as a site for long-term care: Meanings and management of bodies and spaces. *Health & Place*, 11(2), 173-185.
- Durán, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Durán, M. A. (2017). Los costes no sanitarios de la atención a los pacientes crónicos. Conferencia inaugural llevada a cabo en el *IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico*, Oviedo, España.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona, España: Península.
- Faber, P. (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Rio de Janeiro, Brazil: International Longevity Centre Brazil.
- Fernández-Mayoralas, G., Zorrilla-Muñoz, V., Rodríguez-Blázquez, C., Rojo-Pérez, F., Martín-Palomo, M.T., Agulló-Tomás, M.S., Schettini-del-Moral, R., y Gómez-García, M. V. (Agosto de 2017). The Role of Gender in Active Ageing: a Literature Review. (Un)Making Europe: Capitalism, Solidarities, Subjectivities. Comunicación presentada en la *13th Conference of the European Sociological Association*, Athens, Greece.
- Fine, M., y Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting de Concepts of 'care' and 'dependency'». *Ageing & Society*, 25(4): 601-621.
- Fisher, B., y Tronto, J.C. (1990). Toward a feminist theory of caring, en E. Abel & M. Nelson (eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, Albany, USA: State University of New York.
- Foster, L., y Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10(1), 3-10.
- Gilles, C., y Parent, A. (2006). Active Aging and Pension Reform: The Gender Implications in France. *Gender Issues*, 23(1), 65-89.
- Greve, B. (Ed.) (2017). *Long-term Care for the Elderly in Europe. Development and Prospects*. New York, USA: Routledge

Hochschild, A. R. (1995). The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics*, 2(3), 331-345.

Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S.A., Osorio, P., Miño Worobiej, A., Batthyany, K.,...Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Montevideo, Uruguay: Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Kalakh, A., y Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health* (4) July-August, 4-5.

Le Feuvre, N., Kuehni, M., Rosende, M., y Schoeni, C. (2015). Gendered variations in the experience of ageing at work in Switzerland. *Equality, Diversity and Inclusion*, 34(2), 168-181.

Legarreta, M. (2017). Notas sobre la crisis de los cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-Familiar. *Arbor*, 193 (784).

Leichsenring, K., Billings, J., y Nies, H. (Eds.) (2013). *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. New York, USA: Palgrave MacMillan.

Marhánková, J. H. (2014). 'Women are just more active' - Gender as a determining factor in involvement in senior centres. *Ageing and Society*, 34(9), 1482-1504.

Martín Palomo, M.T. (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Madrid, España: CEPC.

Martín Palomo, M.T. y Krabel, J. (2015). Männer in Kitas: Desafíos para la igualdad de la profesionalización del cuidado infantil. En, González García, E., García Muñiz, A, García Sansano, J., e Iglesias Villalobos, L. (Coords.): *Mundos emergentes: cambios, conflictos y expectativas* (pp. 420-431). Toledo, España: Asociación Castellano Manchega de Sociología.

Martín Palomo, M.T., y Muñoz Terrón, J. M. (2015). Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (17), 212-237.

Martín Palomo, M.T., y Gómez Bueno, C. (2018). *Resultados Estudio Cualitativo. Portal Familiar GESAD. Informe de Investigación*. Granada, España: Universidad de Granada. Por cortesía de las autoras.

McHugh, K. E. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing & Society*, 23(2), 165-185.

Muñoz Cobos, F., y Almendro, J. M. E. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305-309.

Nakano Glenn, E. (2000). Creating a care community. *Contemporary Sociology*, 29(1), 84-94.

ONU (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. New York, USA: Naciones Unidas. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Ramiro Fariñas, D., Abellán García, A., Durán Heras, M. A., Fernández-Mayoralas, G., Pérez Díaz, J., Rodríguez Rodríguez, V., y Rojo Pérez, F. (2012). *Informe Una vejez activa en España*. Madrid, España: EDIMSA.

Rogero, García, J. (2010). *Los tiempos de cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Rojo Pérez, F., y Fernández-Mayoralas, G. (Eds.) (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid, España: Fundación BBVA.

Tobío, C., Agulló Tomás, M.S., Gómez, M.V., y Martín Palomo, M.T (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales* núm. 28. Barcelona, España: Fundación La Caixa Recuperado de: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol28_completo_es.pdf

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. London, UK: Routledge.

Tronto, J. (2009). Care démocratique et démocraties du care. en P. Molinier, S. Laugier & P. Paperman (dir.), *Qu'es-ce que le care?* Paris, France: Payot, 35-55.

Tronto, J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York: USA: NYUPress.

WHO. (2000a). *Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2000b). *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions. Meeting Report, 30-31 May 2001, WHO/MNC/CCH/ 01.01*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain, April 2002. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf