

Demetrio Casado
*Director del Seminario de Intervención
y Políticas Sociales*

RESPUESTAS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y AGENTES

Demetrio Casado Pérez, Doctor en Farmacia y Diplomado en Sanidad, es Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales y ha dirigido publicaciones como, entre otras, *Respuestas a la dependencia* (Editorial CCS, Madrid, 2004) y *Avances en bienestar basados en el conocimiento* (Editorial CCS, Madrid, 2005). También es autor de obras como *Imagen y realidad de la acción voluntaria* (Hacer Editorial, Barcelona, 2003) y coautor en la investigación coordinada por Gregorio Rodríguez Cabrero: *Las entidades voluntarias de acción social en España* (Fundación FOESSA, Madrid, 2003).

RESUMEN

Tras un breve recordatorio conceptual relativo a la dependencia de ayuda personal para actividades comunes, se aborda la cuestión del reparto de responsabilidades y actuaciones relativas a la misma entre los distintos actores institucionales: la familia y otras estructuras comunitarias, el mercado, las entidades voluntarias y los poderes públicos. Se reseñan los papeles tradicionales de estos agentes, así como los cambios en los mismos derivados de la crisis del Antiguo Régimen. Se concluye con un examen y valoración de la situación actual, en la que confluyen el incremento absoluto y relativo de las situaciones de dependencia y el debilitamiento de de la capacidad familiar de afrontarlas.

PALABRAS CLAVE

Dependencia funcional, discapacidad, envejecimiento, intervención y políticas sociales, sectores institucionales.

ABSTRACT

After briefly reviewing the concepts related to dependency and the need for help in everyday activities, this paper looks at how responsibilities and tasks are shared amongst the different agents: family and other community structures, market, volunteer's organizations and public authorities. Traditional roles and the changes experienced after the crisis in the Ancien Régime are described. Finally, the current situation in which the number of cases of dependency has increased whereas families capacity to face them has diminished is examined and assessed

KEY WORDS

Functional dependency, disability, aging, actions and social policies, institutional sectors.

1. LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SUS GRADOS.

La dependencia es una relación de necesidad o supeditación respecto a muy diferentes factores o proveedores. De este modo, la palabra "dependencia" es un sustantivo verbal abstracto con tantos significados como referentes le asignemos (Casado, 2004, 17-23). Ortega utilizó ese término para señalar la sujeción del hombre en las sociedades tradicionales a las circunstancias naturales y a las relaciones sociales de dominación: "Para el 'vulgo' de todas las épocas, 'vida' había significado, ante todo, limitación, obligación, dependencia: en una palabra, presión. Si se quiere, dígase opresión con tal que no se entienda por ésta sólo la jurídica y social, olvidando la cósmica." (Ortega y Gasset, 1956, 77). En las sociedades ricas y libres se registra también dependencia material y supeditación personal –gobierno de la propia vida- con carácter casuístico. Por otra clase de relación, la dependencia afectiva condiciona también poderosamente las conductas individuales. Lo mismo cabe decir de aquella que resulta de la adición a drogas psicotrópicas, salvo que la producción, tráfico y represión de una y otro han llevado el impacto de esta dependencia de lo individual a lo colectivo. Aquí y ahora, en virtud de la iniciativa político-social en curso concerniente a ella, la dependencia de mayor actualidad es la que consiste en necesidad de ayuda funcional para la realización de actividades comunes: levantarse de la cama, asearse, comer, desplazarse, hacer compras, estudiar o trabajar, tomar decisiones concernientes a la propia vida y a los familiares sin capacidad jurídica.

La dependencia funcional que acabo de apuntar se da de modo universal en los niños. Las crías de la especie humana son dependientes de apoyos funcionales –y también materiales o económicos y afectivos- en alto grado y durante más tiempo que cualquier otro mamífero. Se piensa que, en algún tiempo muy lejano de su largísimo proceso evolutivo, el predecesor del *homo sapiens* optó por valerse de sus pezuñas delanteras para tomar frutos y/u otros objetos, apoyándose a la vez en sus patas traseras. A fuerza de intentarlo durante milenios, acabó teniendo éxito y experimentó dos importantes efectos: la manipulación hizo necesario y produjo el crecimiento del cerebro; la bipedestación trajo consigo un estrechamiento de la pelvis. Vistas estas transformaciones desde el punto de vista del parto, fue sucediendo que los fetos tenían la cabeza cada vez más grande, en tanto que la ventana por la que habían de sacarla se estrechaba. Ante tal problema, la Naturaleza resolvió que el parto humano tuviera lugar antes de que resultara imposible. El coste de esa prematuridad es la acusada y prolongada pluridependencia de los cachorros humanos. Pero, por su carácter natural, la dependencia funcional infantil debe ser considerada normal o no patológica, y la dejo fuera del objeto de esta exposición.

Algunos niños, jóvenes, maduros y viejos se hallan afectados de discapacidades tan graves que suponen dependencia extraordinaria o patológica. Pero, antes de entrar en sus grados, veamos la estructura de la discapacidad (Casado, 2005, 222-223). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001, 12), la discapacidad se manifiesta en dos niveles: primero, el de la deficiencia; después, el de las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación que se relacionan con aquella. Las deficiencias consisten en alteraciones físicas y psíquicas que interesan la anatomía y el funcionamiento humano de modo prolongado o crónico. El repertorio de estas alteraciones es muy amplio y diverso: va desde lo más visible, como la carencia de un brazo, hasta lo más oculto, como la causa o causas del autismo. Las deficiencias entrañan riesgos de limitaciones en las actividades: también desde las más animales, como caminar, hasta las más humanas, como el discernimiento intelectual. Mediante intervenciones rehabilitadoras se puede reducir el desarrollo de las deficiencias y de su impacto en la capacidad para realizar actividades: los tratamientos de atención temprana bloquean o menguan ciertos riesgos de deficiencias y deficiencias que se aprecian al nacimiento; previo el aprendizaje oportuno, la combinación de varias nuevas tecnologías de la información permiten salvar las limitaciones de la ceguera para la lectura y la escritura con ordenador. Establecidas las deficiencias, podemos evitar que su efecto se potencie por las barreras físicas y sociales llevando a cabo adaptaciones en los entornos: accesibilidad arquitectónica, urbanística, en las telecomunicaciones, en los medios educacional, laboral, de las instituciones políticas, del ocio. Así pues, además de sus bases biopsíquicas, la discapacidad y, por consiguiente, la dependencia funcional tienen otras dimensiones indirecta o directamente sociales.

Tabla 1

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN LA CIF

ASPECTOS POSITIVOS	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación
Funcionamiento		
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación
Discapacidad		

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, p. 12.

Dije antes que la dependencia funcional patológica se da en casos de discapacidad grave; en relación al esquema conceptual de la OMS, es más propio decir que

consiste en una limitación determinante para realizar actividades inexcusables para el funcionamiento humano. Precisamente se viene recurriendo a la clasificación de esas actividades, que suelen caracterizarse como propias de la vida diaria, para obtener una primera escala de gravedad de la dependencia funcional. La gama de actividades de la vida diaria (AVD) abarca las llamadas básicas (ABVD) o de autocuidado; las instrumentales (AIVD) o de desenvolvimiento como usuario en el medio social; y las avanzadas (AAVD), que permiten la participación social. Éstas últimas son las relativas a la educación, el empleo, las relaciones sociales, el tiempo libre. El Instituto Nacional de Estadística de España, en la explotación de su Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), de 1999, adopta un elenco de trece actividades, de carácter básico e instrumental (INE, 2002, 150, 151, 278, 279, 390 y 391). He aquí una propuesta de asignación de las mismas a las dos primeras clases (Jiménez Lara y Huete García, 2003, 119):

ABVD:

- Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas
- Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado
- Desplazarse dentro del hogar
- Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto
- Controlar las necesidades e ir solo al servicio
- Vestirse, desvestirse y arreglarse
- Comer y beber

AIVD:

- Deambular sin medio de transporte
- Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios
- Cuidarse de las comidas
- Cuidarse de la limpieza y cuidado de la ropa
- Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Como he señalado en otra ocasión (Casado, 2005, 224), en algunos de los instrumentos empleados para identificar y valorar la dependencia funcional, se omiten actividades que implican el buen funcionamiento intelectual y/o emocional. De este modo no se detectan situaciones de dependencia para actividades de gestión de la propia vida, frecuentes en las personas afectas de deficiencias intelectuales y enfermedad mental. La CIF, en cambio, abarca ese flanco mediante *ítems* de actividades como estas: “d175 Resolver problemas”, “d177 tomar decisiones”, “d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas”, “d570 Cuidado de la propia salud”, “d610 Adquisición de un lugar para vivir”, “d720 Interacciones personales

complejas”, “d760 Relaciones familiares”, “d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo”, “d870 Autosuficiencia económica” (OMS, 2001, 41-44).

Recordé antes que la rehabilitación puede modificar el desarrollo de las deficiencias y su impacto sobre las actividades. Añado ahora que la acción rehabilitadora se sirve con frecuencia de prótesis y otras ayudas técnicas. La EDDDES, como indiqué también en ocasión anterior (Casado, 2005, 224), considera las limitaciones graves para realizar las actividades aunque el afectado salve aquellas mediante “ayudas técnicas **externas** (muletas, sillas de ruedas, prótesis que sustituyen algún miembro, aparatos auditivos, oxígeno, sondas, ...)”; no considera, en cambio, las limitaciones para las actividades que se salvan con lentes oculares o con “ayudas técnicas **internas** (marcapasos, lentes intraoculares de cataratas, prótesis articulares de la rodilla, válvulas cardíacas, válvulas de descompresión cerebral, clavos, ...)” (INE, 2002, 22). El primer criterio me parece contradictorio con la conciencia y las prácticas actuales relativas a las discapacidades.

Centré en las deficiencias la base de la dependencia funcional, sin considerar –como se hace con frecuencia– la edad avanzada como causa de aquella. La observación muestra una fuerte asociación de la mayor edad con la dependencia funcional, pero no parece correcto considerarla causa de la misma, en cuanto que no resulta propio asignar el diagnóstico de discapacidad a la limitación en las actividades por efecto del envejecimiento normal. Este fenómeno fisiológico lleva consigo una “pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas” (Martín Carmona, 1997, 120). Es obvio que de tal proceso se derivan limitaciones importantes para ciertas actividades comunes, especialmente las laborales; así pues, en abstracto, cabría decir que la edad avanzada aboca a la discapacidad. Pero, en general, las sociedades han adoptado soluciones más o menos eficaces para evitar la aplicación de ese diagnóstico o equivalentes al común de las personas de edad avanzada. Consisten tales soluciones en estatus y roles que les liberan de las expectativas de capacidad y esfuerzo propias de los jóvenes y de los maduros: “En la vejez no hay fuerzas. No se le pidan fuerzas a la vejez. Por tanto no sólo por ley, también por las costumbres, nuestra edad está liberada de las cargas que no pueden ser sobrellevadas sin fuerzas. Así, no sólo no estamos obligados a lo que no podemos, sino ni siquiera a todo aquello que sí podemos.” (Cicerón, [44 a. de C], 2001, 167). En nuestras sociedades actuales, se evita la discapacidad laboral de las personas de edad avanzada por medio de la jubilación reglada –el derecho a pensión previene también, salvo problemas de cuantía, de la dependencia económica–.

Tabla 2

POBLACIÓN EUROPEA CON ENFERMEDAD CRÓNICA, INCAPACIDAD O DEFICIENCIAS CRÓNICAS QUE IMPIDEN REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN GRADO SEVERO (%)

EDADES	16-64	65-79	80 Y +	TOTAL
Países nórdicos	4,6	14,4	26,4	6,6
Países continentales	5,5	20,6	37,9	8,5
Países meridionales	2,8	13,5	27,7	5,5
Países anglosajones	2,9	13,5	34,5	5,6

Fuente: FOGHE, sexta ola, 1999. Elaboración de Gregorio Rodríguez Cabrero, “Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada”, en Demetrio Casado, dir., *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Madrid, Editorial CCS, 2005, p. 168.

Dicho lo anterior, corresponde indicar ahora que la fuerte asociación de la dependencia funcional con las edades avanzadas deriva de la frecuencia en las mismas de deficiencias derivadas de enfermedades y traumatismos. El curso del tiempo acumula deficiencias aparecidas en el nacimiento con las que se producen después: por alteraciones genéticas latentes, como son presumiblemente algunas de las degenerativas más discapacitantes; por accidentes, violencia terrorista y otras clases de traumatismos; por intoxicaciones, como las producidas por el aceite de colza, y medioambientales diversas; por enfermedades agudas que dejan secuelas discapacitantes, como la poliomielitis –incluido el síndrome postpolio–; como la diabetes mal cuidada –que puede hacer necesarias amputaciones de miembros inferiores– y otras; etc.

2. RESPUESTAS TRADICIONALES Y AGENTES

Las respuestas tradicionales a la dependencia funcional han consistido en ayuda personal básica, subvención material de subsistencia en casos de pobreza asociada a la dependencia, y asistencia sanitaria de mantenimiento. Tales prestaciones fueron provistas o gestionadas principalmente por los familiares y otros próximos, pero no son desdeñables las aportaciones de la acción voluntaria formal y de los poderes públicos.

2.1 La solución comunitaria

Los cuidados –como los aportes materiales- que reciben los niños en su etapa de dependencia natural forman parte de la cadena de reciprocidad propia de la especie humana; ellos mismos la continúan cuando, al llegar a jóvenes o maduros, proveen los cuidados personales -y apoyos económicos- que eventualmente puedan necesitar sus mayores enfermos o envejecidos. La ayuda con expectativa de correspondencia –hoy por ti, mañana por mí- para situaciones de dependencia -y otras necesidades- se practica también entre cónyuges, hermanos y otros familiares, así como entre amigos y miembros de comunidades cooperativas más amplias.

El carácter comunitario de la reciprocidad y de la ayuda mutua no propicia acuñaciones conceptuales precisas ni, por otra parte, deja apenas rastros que faciliten su visibilidad histórica. La copiosa preceptiva ética y moral, así como las escasas normas jurídicas concernientes a la ayuda comunitaria no identifican, por lo general, de modo expreso las situaciones de dependencia funcional: sirvan como muestra las disposiciones del Código Civil sobre la ayuda intrafamiliar, es decir, el “derecho de alimentos” (arts. 142-153) (Vilà, 2004, 141). Por otro lado, las relaciones informales de ayuda, por definición, no dan lugar a instituciones burocratizadas que dejen rastros documentales (ordenanzas, actas, registros, etc.). Además, las relaciones comunitarias no tienen necesidad de edificios que dan testimonio de la función, incluso cuando la misma ha desaparecido (sedes seculares de instituciones asistenciales transformadas en paradores y hoteles). Por esa débil imagen de la acción comunitaria, resulta obligado resaltarla.

Por de pronto, me parece oportuno recordar que la ayuda personal en régimen de reciprocidad expresa un rasgo esencial de la condición humana: “Sólo creó desnudo al hombre, débil, tierno, desarmado, de carne blandísima y cutis delicado... sólo el hombre nace en un estado que por mucho tiempo le obliga a depender totalmente de ayuda ajena. No sabe ni hablar, ni andar, ni buscarse la comida, sólo implorar asistencia berreando, para que de ahí podamos deducir que se trata del único animal nacido exclusivamente para la amistad, que principalmente madura y se refuerza con la ayuda mutua. Por eso la naturaleza ha querido que el hombre reciba el don de la vida no tanto por sí mismo como para orientarlo hacia el amor, para que entienda bien que está destinado a la gratitud y la amistad. Es así que no le dio un aspecto feo u horrible como a otros sino dulce, pacífico, marcado por el sello del amor y la ternura. Le dio una mirada afectuosa que refleja los movimientos del alma. Le dio brazos capaces de abrazar. Le dio el sentido del beso para que las almas puedan unirse al mismo tiempo que se unen los cuerpos. Sólo a él le acordó la risa, signo de la alegría. Sólo a él le acordó las lágrimas, símbolo de clemencia y de misericordia...” (Erasmus de Rotterdam, 2000, 171).

En el plano de los hechos, es del caso subrayar que la acción comunitaria ha sido con mucho la vía de ayuda personal, incluida la concerniente a situaciones de dependencia funcional, más importante en nuestras sociedades. Esa ayuda personal se realizaba comúnmente por los familiares de modo directo y sin apenas aportaciones externas; sólo las clases acomodadas contrataban servidores domésticos para esa función. No existía oferta privada ni pública de cuidados profesionales a domicilio provistos por servicios técnicos.

2.2 Respuestas formales voluntarias y de los poderes públicos

Sin perjuicio del aludido predominio de la acción comunitaria, las sociedades tradicionales instituyeron importantes respuestas formales a las situaciones de dependencia funcional, mediante iniciativas voluntarias y de los poderes públicos. No es fácil apreciarlo mediante la información comúnmente disponible, sobre todo porque dichas respuestas no tomaron como objeto diferenciado dicho problema, sino que lo abordaron en asociación o mezcla con otros. Esto es manifiesto en importantes instituciones asistenciales pretéritas. Ciertamente, se crearon y mantuvieron legados, pósitos, cofradías y establecimientos con destinatarios y/o medios ajenos a la dependencia funcional patológica: provisión de dotes para doncellas que entraran en religión, préstamos de grano para la siembra, honras al patrón y ayuda mutua económica por y para los miembros de un colectivo profesional, acogimiento de niños expósitos o de peregrinos. Pero también se instituyeron y gestionaron entidades en cuyo objeto se incluía la dependencia funcional bajo ofertas complejas. Veámoslo mediante una recensión sumaria.

En la Edad Media y en la Moderna, se dio el nombre de hospitales a establecimientos residenciales de objeto diverso: sanitario, ayuda personal, socorro material y aun educación. La asistencia hospitalaria de carácter sanitario, salvo excepciones, cubría las situaciones de enfermedad de la población pobre y desvalida; por supuesto, una parte de ellas tenían carácter crónico y grave, de modo que implicaban dependencia funcional –eventualmente vista bajo el enfoque del envejecimiento-. Sirva como ejemplo el Hospital de la Santa Caridad, de Sevilla, fundado por la Hermandad del mismo nombre siendo Hermano Mayor de la misma (1663-1679) Don Miguel de Mañara –en quien se ha querido ver, al parecer sin fundamento, el antecedente histórico de Don Juan Tenorio-: se instituyó “para los incurables y la suma vejez” (Sebastián y Bandarán, 1996, 8).

La acción hospitalaria tradicional relativa a problemas de salud graves e incurables se realizaba, tanto en establecimientos generales, como especializados: muchos de estos –como el que fundara, en 1803, la Condesa viuda de Lerena en Madrid- fueron identificados mediante la citada especificación. Cabe pensar que la acción de los mismos alcanzara a una proporción de casos de dependencia funcional

mayor que otros hospitales. Como parte del proceso histórico de tecnificación asistencial, la atención material y personal a las personas principalmente pobres afectas de dependencia funcional no asociada a enfermedades en curso fue afrontándose mediante recursos centrados en la discapacidad grave. Así, en el Reglamento de la Ley General de la Beneficencia de 1849, aprobado por Real Decreto de 14 de marzo de 1852, se prevén establecimientos para “decréptos, imposibilitados e impedidos” (art. 5).

Otra especialización asistencial que interesa mencionar aquí es la relativa a las enfermedades mentales, muchos de cuyos afectados padecían dependencia funcional. La oferta de estos establecimientos era también compleja: atención al enfermo y protección para la familia y la sociedad de la eventual peligrosidad del mismo, es decir, asistencia y contención. De este modo, el internamiento no era necesario sólo para la población pobre y desvalida. Tal es el caso del Hospital de Inocentes, sito en la ciudad de Valladolid y que data del siglo XV. Sus destinatarios principales debían acreditar pobreza y demencia, pero se aceptaban también enfermos mentales no pobres mediante el pago de derechos de estancia y honorarios, llegando a ser muy importante este capítulo para la financiación del establecimiento (Mata Zorrilla, 1985, 94); esa apertura a los no pobres hace plausible que Delibes, en *El hereje*, haga ingresar a una paciente de familia burguesa en ese hospital (cap. XIII).

Quiero referirme finalmente a las situaciones de dependencia funcional ocultas bajo la imagen social del vagabundaje y la mendicidad. Desde muy temprano, tanto la sociedad como el poder político, recelaron de los vagabundos, entre otros factores porque su régimen de vida comportaba dificultades para el control social y para la justicia; recordemos la política tradicional relativa a los gitanos. El recelo era aun mayor si el vagabundaje iba acompañado de la mendicidad, que representaba una carga económica y molestias para los potenciales donantes. Mas como, sobre el sentimiento humanitario, el Cristianismo imponía el deber de la caridad, resultó necesario discriminar los casos de vagabundaje y/o mendicidad legítimos de los ilegítimos; sirva como muestra el debate Soto-Robles ([1545] 1965). La pobreza vinculada a la incapacidad para trabajar fue el criterio principal aceptado por las instancias morales y políticas para avalar y autorizar la mendicidad. Se aceptó también la mendicidad de las personas pobres con impedimentos, no biopsíquicos, sino sociales para ganar el sustento: viudas, estudiantes, escuderos, etc. El peregrinaje religioso, principalmente jacobeo, no sólo fue considerado motivo justo para la vida caminera y la petición de socorros, sino que inspiró una constelación de obras –como caminos, puentes, refugios- e instituciones asistenciales –además de las religiosas- que recuerda la densidad y el brillo de la Vía Láctea (Carasa Soto, 1988, 15). El control del vagabundaje y la mendicidad se realizó, además de mediante normas morales y jurídicas, por intervenciones privadas y públi-

cas. Vienen del Renacimiento las propuestas e iniciativas orientadas a suprimir la mendicidad por medios positivos, como la captación organizada de ayudas para su entrega a los pobres. Sobre todo en la etapa de la Ilustración, este enfoque se asocia al encerramiento forzoso de mendigos y a la incorporación de los válidos para el trabajo a tareas productivas. Y sigue la práctica del internamiento forzoso después, según vemos que les ocurre en la novela realista-naturalista de Galdós *Misericordia* a Almudena y *Benina*, que son llevados a los hospicios madrileños de San Bernardino y de El Pardo (caps. 35 y 38). He traído a colación los hechos reseñados para indicar que, con toda seguridad, entre esos mendigos que a lo largo de los siglos fueron válidos para el trabajo, no podían faltar casos de dependencia funcional por efecto de limitaciones y alteraciones intelectuales y afectivas no asequibles a la diagnosis de entonces. Incluso hoy, cuesta mucho trabajo identificar la dependencia funcional por incapacidad para gestionar la propia vida entre las personas “sin hogar” (Casado, 2004, 29-30).

3. EL CAMBIO ILUSTRADO-LIBERAL Y SU IMPACTO EN LOS AGENTES SOCIALES

El cambio histórico de nuestras sociedades tradicionales produjo transformaciones importantes en la acción relativa a las necesidades humanas extraordinarias, como la dependencia funcional. No parece arriesgado decir que tales cambios se orientaron, no sin titubeos ni pasos atrás, hacia la racionalización técnica y administrativa u organizacional. Ese proceso tuvo lugar en el contexto de otro más general de centralización política y se vio afectado también por hechos coyunturales como las necesidades o conveniencias coyunturales del poder político. La Ilustración y la política liberal del XIX fueron decisivas en ese orden de hechos y produjeron fuertes impactos en los agentes de la acción asistencial: supresión de numerosas cofradías y de otras entidades asociativas, muchas de las cuales desarrollaban labores asistenciales para sus asociados y/o para terceros; pérdida de autonomía y patrimonio, y aun nacionalización, de fundaciones asistenciales, entre otras; impulso a la acción comunitaria; incremento y articulación territorial de la acción pública (Casado, 1997, 17-25). Como no puedo hacer un examen extenso del fenómeno, voy a reseñar un testimonio ideológico y una construcción institucional en los que se observan algunos de esos cambios.

3.1 El plan de Cabarrús

Ya Vives observó y denunció –en su medio- importantes fallos de racionalidad y buen gobierno en los establecimientos asistenciales ([1525] 1992, 161-162). En la Ilustración, el Conde de Cabarrús hace presa en ese problema dentro de un plan-

teamiento integral de política económico-social en el que adopta resueltamente un enfoque de centralización política y, a la vez, apoyo en la comunidad. Lo expone en la primera de las cinco cartas que escribió a Jovellanos a finales de 1792 y principios de 1793 -después de que el citado redactara el famoso "Informe en el Expediente de la Ley Agraria"- (Cabarrús, 1820). Como dije, la propuesta de Cabarrús es de carácter socio-económico: "Por una parte tenemos caminos y canales por abrir, ríos que hacer navegables, lagunas que agotar, puertos que construir. Por otra tenemos millares de pobres que mantener, y que en efecto mantenemos. Vea vmd. que operación tan sencilla: combine estas necesidades y ambas quedarán atendidas, mantenidos los pobres y ejecutadas las obras." Su plan abarca, no sólo a los desvalidos y pobres incapaces, sino también a los desempleados forzosos."

La base de todo ello sería un fondo de socorros o de caridad con el que acometer las iniciativas que propone en la carta. En la enumeración de las fuentes financieras, Cabarrús denuncia mala gestión y corrupción en la práctica caritativa organizada y/o institucionalizada. Entiende que las fundaciones, en el sentido amplio del término, cuentan con una masa de recursos muy importante que está mal administrada. Uno de los fallos radica en la gestión deficiente y aun corrupción de los administradores vitalicios y venales. Los fundadores tuvieron buenas intenciones, pero los administradores las desvirtúan. Cabarrús aborda también las rentas de la Iglesia Católica, sobre las que sugiere medidas pseudofiscales en pro del fondo de socorro que propugna. Se refiere también a los recursos del erario público, pero ello no obsta al sentido centralizador y desamortizador de su propuesta, lo que supone mengua del papel de las entidades voluntarias, incluida la Iglesia, en beneficio del papel público.

En otro sentido, Cabarrús mantiene el criterio de que la sociedad tiene una gran potencialidad de protección "natural", si vale decirlo así, de pobres y desvalidos, en tanto que los modos institucionalizados vigentes a la sazón llevaban aparejada la degradación y corrupción de esa potencialidad. Sin duda en función de ese criterio propone una forma comunitaria de gestionar la acción protectora: "Fórmese en cada pueblo, según su población, una junta de caridad que anualmente se renueve, nunca menor de cinco personas, nunca mayor de treinta. Compóngase en el primer caso del alcalde del estado llano, del cura y de tres vecinos, nombrados sin distinción de clase, por la pluralidad de votos del vecindario, en la forma en que se nombran los síndicos personeros. Sígase en los lugares más populosos la misma proporción y los mismos principios, y sobre todo, que el secretario sea siempre otro vecino nombrado a pluralidad de votos, y que ningún derecho, ni ningún emolumento profanen un cargo tan sublime."

Comienza Cabarrús su exposición de políticas para las diferentes áreas sociales por los expósitos. Critica la práctica social de castigar la maternidad de hijos ilegítimos mediante la estigmatización absoluta de las madres, lo cual les induce al abandono de sus hijos para suprimir la prueba de la falta; lo cual iba en perjuicio de aquellos, especialmente teniendo en cuenta el régimen de crianza mediante amas profesionales. Propone que se aproveche el instinto natural de la gente en pro de los niños: "Este es el orden que debemos seguir: si la madre no puede estar rodeada de los suyos, la caridad ingeniosa la sustituirá otra familia para aquellos instantes críticos; pero no una familia de empleados mercenarios, en quienes la continuación del mismo espectáculo haya destruido la sensibilidad que inspira, sino una familia escogida; y no será por de contado entre las más pobres donde se encontrará menos humanidad y virtud." Para los casos en que fuera necesaria la prestación de un ama de cría, "la familia adoptiva quede encargada de atender que el ama cumpla las obligaciones de su destino."

Pasa después Cabarrús a tratar la protección de "el hombre criado y ya adulto; pero postrado por enfermedad, y destituido de socorros" -aduce su experiencia en la materia por haber sido, como Jovellanos, consiliario [consejero] de hospitales-. "Nuestra caridad le da la mano, es cierto, y le conduce a nuestros magníficos hospitales; pero ¡justo Dios! ¿Qué caridad? ¿Pudo jamás la tiranía más ingeniosa, y más intensamente combinada, reunir en tan corto espacio más insultos a la humanidad? A título de darles algunos socorros de un arte imperfecto siempre escasos, siempre atropellados, y por consiguiente, frecuentemente ineficaces, quando no homicidas; se la [les] quitan por de contado todos los beneficios y auxilios de la naturaleza, la ventilación, el sosiego, los consuelos, el esmero del parentesco, del amor y de la amistad..." Si ello es inherente a tales establecimientos, dice, deben reducirse a lo imprescindible, dando paso a un abordaje comunitario de la atención a los enfermos desvalidos: "Qualquiera hombre que tenga un hogar, una familia, un amigo, no necesita de un hospital, y estará mejor asistido en su domicilio. Allí se curarán mejor quantos enfermos pueblan nuestros hospitales: allí tendrán los mismos socorros, siempre que los facultativos estén distribuidos con debida proporción, y que cada pueblo que pueda sufragarlo, mediante la dotación proyectada de socorros, tenga médico, cirujano, botica, y que las aldeas circundantes puedan acudir y valerse de aquellas proporciones. Arreglado así, quedarían sólo para los hospitales, o aquellos hombres destituidos de toda conexión o parentesco, o aquellos que pidan operaciones extraordinarias. Para todos estos objetos convendría que en cada partido hubiera hospitales dirigidos por otros principios; y en esta parte nuestros vanos reglamentos nunca reemplazarán los institutos sublimes de San Juan de Dios, o de las Hermanas de la Caridad." En este párrafo se observan dos orientaciones que me parecen relevantes: la opción por la hospitalización domiciliaria, que se institucionalizará más adelante; y el aprecio de los institutos

religiosos de vida consagrada a la asistencia, que se libran de la conocida enemiga de los ilustrados a las entidades voluntarias.

Se refiere seguidamente Cabarrús a los afectos de secuelas permanentes, como sucede “en los impedidos, en los dementes, en los ciegos, etc.”; discapacidad grave y eventual dependencia funcional, diríamos hoy. Como ya hiciera Vives ([1525] 1992, 157-175), sin duda buscando la racionalidad en la protección y la economía, adopta el principio de adaptación de la misma al grado de discapacidad: “Si no pueden servir para nada, ¿Quién duda que los socorros han de ser absolutos, como las necesidades... Pero si no llegasen a este último apuro, si no padeciesen más que una disminución de facultades, la sociedad les debe facilitar (y no más), objetos a que aplicar las que les quedan...” Denuncia la práctica asistencial de los establecimientos destinados a personas con discapacidades graves: “Ya veo vuestros hospicios con los mismos inconvenientes que nuestros hospitales, y con resultas todavía más horribles. En nuestros hospitales al cabo se sacrifican los pobres; pero en nuestros hospicios se les degrada y se les pervierte...” Y propone también la fórmula comunitaria, combinada, en el caso de los parcialmente capaces, con lo que hoy se llamaría empleo protegido –o, más púdicamente, especial-, bien que a domicilio: “Hemos visto como los enfermos estarán mejor y más económicamente asistidos en sus casas que en los hospitales. Asimismo estarán mejor ocupados en sus casas que en los hospicios los pobres débiles y acreedores de una ocupación honesta.”

Termina su propuesta de intervenciones selectivas con la relativa a los desempleados forzosos, que enuncia así: “...sólo queda que atender a los brazos robustos, que la falta de trabajo, o permanente u ocasional, condena a la inercia, y por consiguiente a la mendiguez: plaga tanto más peligrosa cuanto es mas insensible, y que sólo se percibe quando es más difícil de remediar...” Propone para ellos la aplicación de socorros del fondo de caridad, anteriormente mencionado, a realizar obras públicas, tanto municipales como generales, es decir, nacionales o estatales, en la estructura política actual.

3.2 La Beneficencia pública

La política ilustrada llevó a cabo en el siglo XVIII importantes medidas que incidieron en el fortalecimiento del papel del Estado en la acción asistencial a costa del debilitamiento de las posiciones tradicionales del sector voluntario. La supresión de entidades del mismo alcanzó a algunas, como las mutualistas, muy relevantes desde el punto de vista asistencial. Los ilustrados justificaron esta política por la mala administración, despilfarro, desviación de fines y corrupciones de las cofradías y hermandades; así como por el freno de las asociaciones profesionales al progreso económico. Aparte de los hechos en que se fundaban estas denuncias,

no debe desconocerse la enemiga ilustrada a todo cuerpo intermedio ajeno al control o inspiración del Estado, que pudiera dificultar su plan de centralización estatal. También alcanzó al sector voluntario la política desamortizadora, en la que se incluye una Real Orden, de 25 de septiembre de 1798, que impone la enajenación de “todos los bienes raíces pertenecientes a Hospitales, Hospicios, Casas de Misericordia, de Reclusión y de Expósitos, Cofradías, Memorias, Obras pías, y Patronatos de legos, poniéndose los productos de estas ventas, así como los capitales de censos que se redimiesen, pertenecientes a estos establecimientos y fundaciones, en mi Real Caja de Amortización, bajo el interés anual del tres por ciento...” Salvo que no se aplicó plenamente la medida, debe ser valorada teniendo en cuenta al menos estas dos circunstancias: 1) su objeto no era la formación de un fondo de fin social, como el propuesto por Cabarrús, sino cubrir el déficit público resultante de las guerras exteriores (Tomás y Valiente, 1971, 38-45); 2) el interés del tres por ciento previsto para compensar la expropiación no fue abonado, de modo que se mermó el caudal de recursos aplicables a la acción asistencial (Mata Zorrilla, 1987, 177).

El crecimiento de la intervención del poder público en la acción asistencial alcanza un punto crítico al institucionalizarse la Beneficencia en el siglo XIX. La misma constituye un salto cualitativo en relación con la acción tradicional pública del Antiguo Régimen: intervención reguladora y de control irregular; procura discrecional de recursos a ciertas entidades voluntarias de objeto asistencial –dotaciones, tasas, privilegios, etc-; acciones de fomento; aleatorias iniciativas públicas de gestión directa. La superación de estas pautas está en la línea de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en la versión que encabeza la Constitución francesa de 1793: “Las ayudas públicas son una deuda sagrada. La sociedad está obligada a proporcionar medios de subsistencia a los ciudadanos desgraciados, dándoles trabajo o asegurando la existencia de aquellos que se hallan incapacitados para trabajar.” (art. 21).

La Constitución de Cádiz (1812) asume la idea de ayuda en situaciones de menesterosidad, salvo que no abarca la provisión de empleo, y sienta las bases para un sistema general de Beneficencia, que precisamente identifica con esta denominación. Encomienda a los ayuntamientos “cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban” (art. 321.6º). A las diputaciones provinciales se les asigna la misión de control, así como la de proponer al Gobierno medidas reguladoras (art. 335.8º).

Una primera regulación de la Beneficencia instituida por la Constitución de 1812 quedó sin efecto por la derogación de ésta, mediante Decreto de 1814 dado por Fernando VII. Tras restablecerse el régimen constitucional por el pronunciamiento de Riego en 1820, y en el curso del trienio liberal, las Cortes aprueban, a finales

de 1821, una Ley de Establecimiento General de Beneficencia, que sería promulgada por el Rey el 6 de febrero de 1822. La vuelta al absolutismo en 1823, mediante la intervención francesa -los Cien mil hijos de San Luís-, impidió que se aplicara de inmediato esa primera Ley General de Beneficencia, pero merece la pena reseñarla siquiera sea brevemente, no sólo por su posterior rehabilitación, sino como muestra de la ideología sobre el asunto del liberalismo entonces llamado progresista.

La Ley de Beneficencia de 1822 pretendió institucionalizar un sistema público de protección para las personas desvalidas (niños, viudas) y pobres en lo relativo a la ayuda personal, subsistencia material, asistencia médica, y educación-capacitación e inserción laboral (destinadas a ciertas clases de asistidos). Para ejercer la responsabilidad que en materia de Beneficencia asigna la Constitución de 1812 a los ayuntamientos, la Ley comienza regulando los órganos colegiados encargados de auxiliarlos. Se prevé una Junta Municipal de Beneficencia, y Juntas Parroquiales de Beneficencia subordinadas en las poblaciones grandes. Se regula la participación de eclesiásticos y vecinos particulares en las Juntas, a las que se les imparte la directriz de contar, para las tareas asistenciales, con las Hermanas de la Caridad y con asociaciones dedicadas a las mismas (arts. 14 y 15). Esta opción supone que no se incluye a estas entidades en el rechazo del periodo ilustrado anterior al grueso de las entidades asociativas.

La Ley, de acuerdo con una pauta que contaba con antecedentes ya aludidos, establece que “Los fondos de Beneficencia procedentes de fundaciones, memorias y obras pías de patronato público, sea real o eclesiástico, cualquiera que fuese su origen primitivo, quedan reducidos a una sola y única clase, destinados al socorro de las necesidades a que se provee por esta ley.” (art. 25). De este modo, la asunción municipal de actuaciones a la sazón del sector voluntario habría de financiarse mediante una desamortización de los recursos correspondientes a dichas actuaciones que pasarían a los ayuntamientos. No obstante, se prevén aportaciones del poder central para cubrir déficit.

Los medios de acción previstos por la Ley son: casas de maternidad, que contarían con la posibilidad de encomendar lactancias a nodrizas externas; casas de socorro, consistentes en asilos con funciones asistenciales y de formación; socorros domiciliarios; hospitalidad domiciliaria; y hospitalidad pública, para enfermos comunes, convalecientes y locos (títulos III-VII). Llamo la atención sobre los socorros y la hospitalidad domiciliaria, que suponen la entrada solemne del enfoque comunitario en la acción asistencial pública. Quiero señalar, por otra parte, que la primera Ley de Beneficencia incluye varias disposiciones destinadas a garantizar los que hoy se denominan derechos humanos de los asistidos y su atención bajo un enfoque humanista (arts. 45, 46, 73...).

La abolición de la Ley de 1822 no significó la supresión de la actividad y la política benéficas, pero frenó la construcción del sistema de la Beneficencia. Tras alguna rehabilitación administrativa de la Ley derogada, se restablece por Decreto de 8 de septiembre de 1836. Pero pronto se optará por una nueva regulación, que sería llevada a cabo bajo el reinado de Isabel II, con gobierno moderado, dentro del marco de la Constitución de 1845. Esta segunda y última Ley General de Beneficencia fue promulgada el 20 de junio de 1849.

La nueva norma legal toma el mismo objeto de su precedente. También coincide aparentemente con ella en la opción de concentrar en el sector público todos los establecimientos de la Beneficencia, pero deja a salvo de tal medida desamortizadora a los privados funcionalmente legítimos (art. 1). De este modo, se da fundamento y carta de naturaleza a la Beneficencia particular, a la vez que se posibilita la acción voluntaria tradicional. En cuanto a la asignación de responsabilidades, la nueva Ley se aparta de la opción municipalista anterior y clasifica a los establecimientos públicos en “generales, provinciales y municipales” (art. 2). Para cada uno de estos niveles, se establecen las correspondientes Juntas de Beneficencia. La relación del sistema benéfico con el poder gubernativo es de signo centralista. En cuanto a participación, las vicepresidencias de las Juntas general y provinciales se asignan a eclesiásticos; y se cuenta con las llamadas Juntas de señoras para regir ciertas atenciones asistenciales. No incluye la Ley disposiciones de garantía de la calidad de trato a los usuarios, pero excluye expresamente de su ámbito los establecimientos disciplinarios y correccionales.

El Reglamento de la Ley, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, regula la estructura organizativa y técnica de la Beneficencia pública, de acuerdo con un criterio de jerarquía territorial –que la norma presenta en sentido centralista- y de asignación, determinada para el nivel central y flexible para los otros dos, de obligaciones. Al nivel central se le fijan los siguientes “Establecimientos generales”: “seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos.” (art. 5). Para el nivel provincial se establece que “En cada capital de provincia se procurará que haya por lo menos un hospital de enfermos, una Casa de misericordia, otra de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expósitos.”; y además “Se procurará que haya asimismo en cada provincia –debe entenderse aparte de la capital- un Hospital de enfermos, que se denominará de distrito.” (art. 6). Finalmente, “En todos los pueblos donde haya junta municipal de Beneficencia, habrá por lo menos un Establecimiento dispuesto para recibir a los enfermos que por no ser socorridos en sus casas llamaren a sus puertas. En cada uno de estos establecimientos municipales se tendrán preparados los medios necesarios para transportar al Hospital del distrito los enfermos del pueblo que hayan de curarse en él y cualquier otro menesteroso que por su clase haya de pasar a otros Establecimientos, ya provinciales, ya

generales”; además, “La Beneficencia domiciliaria se organizará en todos los pueblos que tengan Junta municipal” (art. 7). Esta medida confirma la opción comunitaria de la Ley de 1822. Por otra parte, el Real Decreto regula las obligaciones y derechos de los Establecimientos de beneficencia. Destaco este precepto: “Ningún establecimiento de Beneficencia puede excusarse de recibir a pobre alguno o menesteroso de la clase a que se halle destinado” (art. 8). En cuanto a financiación, el Reglamento prevé la cobertura de los déficit económicos por los entes político-administrativos de los tres niveles (art. 67).

El Reglamento de 1852 diseña un sistema público de servicios de protección social para las personas afectas de pobreza y desamparo. En principio, el común de la población no tenía necesidad de ayudas de subsistencia, pero sí podría tenerla de prestaciones técnicas; en relación con ello el Reglamento autoriza la admisión de clientes de pago en los establecimientos de la Beneficencia pública (arts. 13, 14 y 15).

La alternancia de los progresistas y los moderados en el gobierno da lugar a modificaciones de signo público y municipalista, por un lado, y de gestión mixta y control centralista, por otro. Sirva como muestra la medida tomada al producirse la Restauración monárquica, liderada por el moderado Cánovas: con fecha 27 de abril de 1875, es decir, sólo tres meses y pico después de la entrada en Madrid de Alfonso XII, se publica una Instrucción por la que se pseudoprivatiza la Beneficencia pública y se asocia con la privada, lo que supone una política formalmente inversa a la desamortizadora, si bien coincide con ella en el propósito de trasvasar recursos privados a una función de responsabilidad pública. Sirva como anécdota indicativa de la citada alternancia que Fermín Hernández Iglesias se vio obligado a reformular su obra *La Beneficencia en España* (1876) como consecuencia de la Instrucción citada.

4. LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE PAPELES, HOY

No sin estancamientos y rectificaciones, la tendencia secular de cambio de nuestras sociedades apunta al fortalecimiento del poder político, en relación con los otros agentes, y al incremento de sus responsabilidades. Pero tal proceso no está libre de dificultades ni sus resultados son satisfactorios para todos. Aquí y ahora, el debate sobre el poder político se concentra obsesivamente en la dimensión territorial del mismo. Mas, si adoptamos la mira del interés de los ciudadanos, hemos de plantearnos también -y antes, creo yo- el asunto de la división de responsabilidades y tareas entre los distintos agentes o bloques institucionales: familiares y otros próximos, el mercado de bienes y servicios, las entidades voluntarias y el

sector público (Casado, 1986, 89 y ss.). Para discernir lo que más conviene en ambos planos estructurales son de obvio interés los principios relativos a la organización de la vida colectiva, pero no podemos soslayar las circunstancias particulares relativas a los distintos objetos, en este caso, la dependencia funcional. En el *Libro blanco* sobre la dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004) se abordan con amplitud; para contextualizar el examen que sigue, propongo una relación esquemática de las actividades relativas a la dependencia deseables según la conciencia actual:

De carácter colectivo:

- acciones preventivas de salud pública (desde programas de prevención de defectos al nacimiento hasta los de prevención geriátrica de la dependencia funcional)
- acondicionamiento de los entornos físicos de uso colectivo (urbanismo, edificaciones, transportes y telecomunicaciones)
- acondicionamiento de los ámbitos funcionales (conciliación de la vida laboral y familiar, compatibilidad de la pensión de invalidez con el salario, accesibilidad de los actos públicos, etc.)
- apoyo a entidades voluntarias incidentes en la prevención o atención a la dependencia funcional.

De alcance individual:

- ayuda personal directa, informal o de servicios sociales
- prestaciones sanitarias, incluidas las ortoprotésicas
- adaptaciones ergonómicas personalizadas de la vivienda, de los puestos de estudio y trabajo a domicilio y provisión de transporte individualizado
- medidas laborales y de Seguridad Social relativas a funciones familiares
- beneficios fiscales
- prestaciones monetarias para situaciones de dependencia funcional

4.1 La acción comunitaria

Hoy, la imagen de la acción comunitaria para las situaciones de dependencia funcional es acaso más débil que en el pasado, en relación con la prestada por vías formales, privadas y públicas. Sin embargo, la respuesta familiar y afines a las necesidades de la dependencia funcional tienen plena vigencia, por varios factores, como los que reseño a continuación.

Por de pronto, según podemos ver en la tabla 3, predomina ampliamente el alojamiento en el domicilio particular de las personas afectas de dependencia funcio-

nal. Ocurre también que los familiares –sobre todo, mujeres- siguen siendo los principales proveedores de cuidados en el domicilio para las situaciones de referencia. Los empleados domésticos y ayudantes personales –muchos de ellos, en la España de hoy, inmigrantes- representan un 6% aproximadamente del total de los cuidadores; y los cuidadores provistos por los servicios sociales –en su mayor parte públicos- no llegan al 2,5% del total (Rodríguez Cabrero, 2004, 60). Quede nota igualmente de que también en los otros países europeos la familia es el principal recurso de ayuda a las situaciones de dependencia funcional (Rodríguez Cabrero, 2004, 57-59).

Tabla 3

POBLACIÓN DEPENDIENTE EN DOMICILIO Y EN RESIDENCIAS. ESPAÑA, 2000

	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL	%
1.Población 6-64					
a) Domicilio	258.471	158.317	54.018	470.806	95,2
b) Residencia	6.826	5.650	11.064	23.540	4,8
TOTAL	265.297	163.967	65.082	494.346	100,0
2.Población 65 y +					
a) Domicilio	429.755	3 80.908	206.441	1.017.104	88,1
b) Residencia	51.340	37.394	48.723	137.457	11,9
TOTAL	481.095	418.302	255.164	1.154.561	100,0
1+2					
TOTAL DOMICILIO	688.226	539.225	260.459	1.487.910	90,2
TOTAL RESIDENCIA	58.166	43.044	59.787	160.997	9,8
TOTAL	746.392	582.269	320.246	1.648.907	
%	45,3	35,3	19,4	100,0	

Fuente: Elaboración de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio a partir de la fuentes que cita en "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004), En Demetrio Casado, *Respuestas a la dependencia*. Editorial CCS, Madrid, p. 58.

La solución domiciliaria es deseable, según vieron los ilustrados del XIX y los liberales del XIX, por su menor costo y para evitar los graves inconvenientes de los hospicios. Cabe argüir que, afortunadamente, se superaron las negligencias y la corrupción denunciadas por dichos actores políticos, pero no debe olvidarse que los internados contemporáneos han causado y causan –salvo en casos selectos- problemas tales como privación afectiva, mengua de la autonomía personal, desarraigo, etc. No debe extrañar, por ello, que se preconice la permanencia de las personas afectas de dependencia en su entorno habitual, incluyendo su domicilio (Rodríguez Rodríguez, 2006, 52).

La, según hemos visto, frecuentísima práctica de la ayuda de los familiares es deseada generalmente por ellos y por los asistidos. Pero esto no debe llevar a minusvalorar los papeles de los actores extrafamiliares formales. En primer lugar ha de tenerse en cuenta que, de la gama de actividades propuesta anteriormente, los familiares –y los otros agentes comunitarios- no pueden asumir las actividades de alcance colectivo; y de las actividades de aplicación individual, sólo pueden ser protagonistas en la actividad de ayuda personal. Aparte de esto, no debemos olvidar los casos de personas afectas de dependencia funcional que no cuentan con buenas posibilidades sociales de recibir ayuda familiar. En tercer lugar, la acción de los agentes no comunitarios es necesaria para prestar apoyos a la acción familiar de modo que la misma pueda mantenerse con unos costes personales de los cuidadores aceptables (Casado, 2005, 226-228).

Para valorar adecuadamente la viabilidad del apoyo familiar, hemos de comenzar por tener en cuenta la tendencia declinante tanto de la llamada familia extensa como del tamaño de la nuclear. Esto supone una disminución de la capacidad familiar objetiva de asistencia a sus miembros afectos de dependencia –como a los menores-. Por otra parte, se registra una creciente incorporación de las mujeres –principales agentes de los cuidados familiares- al empleo y también a otras manifestaciones extradomésticas de la vida social. Mujeres y varones, por lo demás, tienen unas expectativas crecientes de realización personal al margen de la familia. Mirando ahora a la demanda, se registra un incremento de la supervivencia de personas afectas de enfermedades y deficiencias graves en edades anteriores a la vejez cronológica, así como y sobre todo de la población de ese estadio, en el que la dependencia alcanza su mayor prevalencia. Es posible reducir la aparición de la dependencia por medidas de prevención; cabe incluso esperar alguna reducción de la necesidad de prestación humana en el campo que nos ocupa mediante la domótica y la robótica; pero no parece fácil que estos posibles logros tengan un impacto superior en gran medida al efecto de los factores de incremento indicados.

En cuanto a los costes personales, es asunto importante la fatiga emocional y física que con frecuencia lleva consigo el cuidado de familiares afectos de dependencia funcional. En cuanto a costes de oportunidad, la información de la tabla 4 parece indicar que la prestación de cuidados a los familiares comporta limitaciones nada desdeñables de la vida personal a quienes los proveen.

Tabla 4

ACTIVIDADES O RELACIONES QUE HA TENIDO QUE REDUCIR SUSTANCIALMENTE O SUPRIMIR EL CUIDADOR PRINCIPAL QUE VIVE EN EL HOGAR DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Ninguna porque éste es su trabajo	1,1
2. Su trabajo remunerado o estudios	17,0
3. Su trabajo doméstico	28,3
4. Su vida familiar	26,6
5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales	53,0
6. Otras actividades habituales	27,7
7. Ninguna en especial	35,0

Fuente: Elaboración, en base a INE, EDES 1999, de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004), en Demetrio Casado, dir. *Respuestas a la dependencia*. Editorial CCS, Madrid, p. 67.

4.2 El mercado

La actividad mercantil relativa a la satisfacción de ciertas demandas sociales puede ser cuestionada y aun suprimida -como hizo el régimen de Franco con ciertas actividades de previsión social- aduciendo la contradicción moral del lucro con los estados de necesidad. En las democracias occidentales resulta muy difícil fundamentar jurídicamente y legitimar en el orden político las restricciones del mercado. Por lo demás, en el orden práctico y viniendo al caso de la dependencia funcional, tenemos en España experiencias que invitan a circunstanciar el rechazo a la producción mercantil de prestaciones técnicas y económicas de servicios sociales.

En el campo de las prestaciones técnicas, una parte -ciertamente muy pequeña- de la población española no tiene acceso gratuito a la asistencia sanitaria pública (Aznar, 2001, 154). Por otra parte, la llamada prestación de atención sociosanitaria, regulada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 14) y de obvia relevancia para las situaciones de dependencia funcional no está garantizada. En la rama de los servicios sociales, los fallos del sector público relativos a universalidad son mucho más graves: predomina la discrecionalidad y la oferta de prestaciones técnicas concernientes a la dependencia funcional es muy inferior a la demanda, de modo que, en general, sólo los afectados por ella de rentas bajas tienen acceso a dichas prestaciones (Montserrat Codorniu, 2004, 89-90). Cabe añadir que la actividad mercantil en servicios gerontológicos ha permitido y sigue permitiendo al sector público ampliar su muy corta oferta para situaciones de dependencia funcional con equipos propios, mediante contratación de servicios y plazas.

Por lo que se refiere a las prestaciones monetarias de la Seguridad Social, la suma de las secciones contributiva y no contributiva deja muchos casos sin cubrir. Sirva como ejemplo que nuestra regulación de la pensión por "gran invalidez" excluye a los afectados por dependencia funcional cuando la misma sobreviene después de la jubilación. Por lo demás, incluso contando con la previsión pública, la complementación del aseguramiento privado puede resultar deseable para muchos ciudadanos.

Conviene reparar en que la actividad mercantil sólo es viable para actividades de aplicación individual, pero no para la mayor parte de las de carácter colectivo, indicadas antes. Por otra parte, la oferta mercantil de prestaciones individuales tiene un inconveniente muy grave desde el punto de vista social para consumos inexcusables, como lo son en muchos casos los de servicios para la dependencia funcional: la desigualdad de acceso en función de la capacidad adquisitiva.

4.3 Entidades voluntarias

Para valorar las posibilidades y limitaciones del sector de las entidades voluntarias en la acción relativa a la dependencia funcional, conviene tener en cuenta: por una parte, la diversidad interna de este sector en lo que concierne, no sólo a formas jurídicas, sino también a su sentido o misión institucional; por otra, las funciones que aquellas desarrollan. Por supuesto, las entidades del "tercer sector de acción social" (Plataforma de ONG de Acción Social, 2006, 13) tienen una presencia sobresaliente en las causas de la dependencia funcional, pero también intervienen otras, de modo que me referiré al conjunto del sector voluntario.

Espero que sirva para indicar de modo resumido la diversidad institucional de las entidades voluntarias que interesan a esta exposición. Una tipología en la que, siguiendo ensayos anteriores (Casado, 2003a, 13 y ss.), combino las formas jurídicas con la misión o el sentido de la acción. Tienen una importante presencia en la acción y en las discusiones de los asuntos relativos a la dependencia funcional las asociaciones horizontales, es decir, las integradas por afectados y familiares; sirvan como ejemplo las relativas a enfermedades neurológicas degenerativas - Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), etc.-, enfermedad mental, discapacidad intelectual, deficiencias sensoriales, discapacidades motóricas, parálisis cerebral, ictus, etc. Por la fuerte asociación estadística de la dependencia funcional y la edad avanzada, también inciden en la gestión colectiva de la misma las asociaciones de "mayores". Por otra parte, dentro de la clase asociativa, hallamos una serie de entidades integradas por personas que se identifican con las causas de la dependencia funcional, sin estar afectados por ella; es el caso de ciertas órdenes religiosas de objeto asistencial, cual la de San Juan de Dios, y de algunas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Geriatria y

Gerontología o la asociación de partícipes del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Tienen el mismo sentido, pero distinta forma jurídica, las fundaciones tradicionales de heteroayuda gratuita. Pongo este adjetivo para distinguirlas de ciertas fundaciones que inciden eventualmente en el campo de la dependencia funcional a cambio del cobro directo de sus servicios o sirviendo a la mercadotecnia de sus entidades matrices. Finalmente, recuerdo a dos entidades de forma jurídica singular y objeto múltiple: Cruz Roja y Cáritas, citadas por orden de antigüedad.

En cuanto a las aportaciones de las entidades voluntarias a las causas de la dependencia funcional, se registra también gran variedad, la cual depende de las misiones institucionales, de circunstancias contextuales que no han sido sistematizadas y, también, de opciones particulares de las entidades. Con propósito meramente indicativo, apunto esa variedad en relación con tres funciones básicas de las entidades voluntarias. Vaya por delante que una misma entidad puede desarrollar varias funciones (Casado, 2003b).

La producción y distribución de bienes y, sobre todo, servicios directos es la función más común en las entidades voluntarias. Una parte de esa producción no tiene visibilidad económica, en cuanto que se realiza gratuitamente, ya sea en régimen de ayuda mutua o de heteroayuda altruista y gratuita; pero ello no mengua su importancia. En relación a la dependencia funcional, merece ser recordada la acción asociativa tradicional de apoyo personal y familiar mutuo para necesidades también personales y familiares. Esta acción, además de producirse mediante intercambios directos de información, orientaciones, apoyo moral y cuidados de los miembros de asociaciones horizontales, ha cobrado una enorme envergadura al crear dichas entidades una importante red principalmente de centros de día y residenciales, una parte de cuyas plazas se destinan a personas gravemente afectadas; destacan en esta línea las entidades de afectados por discapacidades y familiares, como las integradas en la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS). También protagonizan una importante contribución a las tareas de apoyo personal-familiar las entidades de heteroayuda especializadas en enfermedad, discapacidad y envejecimiento, como los Hermanas de la Caridad o Cruz Roja; estas entidades, además de prestaciones individuales de sus integrantes o voluntarios, han creado también servicios que alcanzan, entre otras situaciones, a las de dependencia funcional.

No debemos olvidar la línea de servicios indirectos concernientes a la dependencia funcional, entre los que destaca la acción preventiva de ciertas enfermedades, de las deficiencias y del envejecimiento patológico a causa de unas y otras. Las entidades asociativas de afectados son poco activas en esa importante función. Merecen por ello reconocimiento excepciones como la Asociación Española de

Lesionados Medulares, las asociaciones de afectados de ELA o la Asociación Gallega contra las Enfermedades Neuromusculares. Es más común, en cambio, el compromiso preventivo de las entidades de misión o inspiración científica, como la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) o Alezeia.

Lo que de hecho hacen las entidades voluntarias de diversas clases en la producción y distribución de bienes y servicios debe de ser el principal factor de su importante volumen absoluto y relativo de actividad económica y de empleo (Ruiz de Olabuénaga, 2005, 145-146). La aportación de servicios de ayuda personal y familiar para las situaciones de dependencia funcional de las entidades voluntarias especializadas en enfermedades, discapacidades y envejecimiento es valiosa, desde luego, por su magnitud; pero creo que deben ser destacadas también las aportaciones para situaciones de dependencia derivadas o asociadas a enfermedades y discapacidades con requerimientos específicos. Para los casos en que no cabe la solución familiar y en el actual estado de desarrollo de la oferta pública y comercial de servicios sociales, la contribución de las entidades voluntarias especializadas aludidas a la provisión de cuidados para situaciones de dependencia funcional –y otras menos graves– parece indispensable.

Para valorar justamente las aportaciones de la acción voluntaria en la producción y distribución de bienes y servicios, es obligado considerar también las limitaciones. En el orden técnico y en relación con la dependencia funcional, la acción voluntaria hace muy escasas aportaciones en investigación biomédica, farmacológica o de ayudas técnicas. Una gran parte de la actividad de servicios se financia –por vía de conciertos o subvenciones, principalmente– con recursos públicos. Por otra parte, hemos de tener en cuenta que la acción voluntaria, por su naturaleza institucional, no puede garantizar la provisión universal de ninguna clase de producto o servicio; no se aduzca como posible excepción el caso de la ONCE, puesto que la misma, desde su fundación, tiene el carácter de corporación de derecho público, que a los efectos que aquí importan es más relevante que su condición asociativa. En el capítulo de los servicios indirectos, como los de prevención de carácter colectivo, la contribución de los agentes voluntarios es muy estimable, pero su papel es complementario del que corresponde al poder político en salud pública.

Un segundo bloque funcional en el que se implican ciertas entidades voluntarias es el de relaciones de abogacía y presión, por lo general ante los poderes públicos. Las asociaciones de afectados por enfermedades y discapacidades mantienen una importante actividad en este frente, sobre todo mediante sus órganos de integración federales y confederales; como el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). Viene jugando también un gran papel en la función de abo-

gacía y presión en relación con la dependencia funcional la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Finalmente, debo recordar que las entidades de carácter científico pueden lograr efectos análogos a los que busca la abogacía y la presión, con frecuencia mediante asesoramientos prestados a demanda o de oficio.

En las sociedades dotadas de estados democráticos, la función de abogacía y presión es propia de las entidades voluntarias, las cuales son insustituibles en ella. Para aquilatar el alcance de estas afirmaciones, ha de tenerse en cuenta, claro, que aquellas no tienen de hecho capacidad técnica ni representatividad para expresar por sí solas el interés general: así, por ejemplo, las demandas relativas a la dependencia funcional que manifiestan los afectados y sus valedores voluntarios deben ser contrastadas con los intereses y la voluntad de quienes las han de financiar, así como con las que plantean, de modo manifiesto o latente, los afectados por otras necesidades que compiten por los mismos recursos. Lo cual hace necesario recurrir a medios de participación complejos, como el Pacto de Toledo –aparte de asumir la responsabilidad última de los órganos de decisión del poder político. Conviene recordar, por lo demás, que el ejercicio del papel de abogacía y presión de muchas entidades viene condicionado por su dependencia económica –subvenciones, conciertos, contratos, etc.- del poder político.

Sobre todo las asociaciones de afectados por enfermedades y discapacidades, realizan también funciones consistentes en la asunción estratégica de intereses, valores e identidades colectivas. Sirva como ejemplo muy neto el asociacionismo de personas sordas que optan por el uso exclusivo o primordial de la lengua de signos. Por lo que se refiere a la dependencia funcional, cabe citar el movimiento *Independent living* –Vida independiente, en España-. En los años 60 y en los USA, personas afectas de deficiencias físicas y sensoriales graves, a partir de la denuncia, entre otras circunstancias adversas, de tutelajes autoritarios por parte de ciertos profesionales e instituciones o servicios, propugnaron la emancipación personal mediante su habilitación para decidir de modo efectivo sobre su propia vida. En relación con ello, además de llevar a cabo funciones de prestación de servicios –centros de vida independiente- y de presión, vienen construyendo una conciencia y una identidad colectivas.

La limitación de las entidades voluntarias en la gestión de identidades e intereses colectivos ligados a ellas estriba en la enorme diversidad, no sólo de clases de deficiencias y circunstancias objetivas conexas, sino también de opciones personales o familiares. Los casos indicados son ejemplares al respecto. La adhesión fundamentalista a la lengua de señas no es unánime: los implantes cocleares, por ejemplo, salvan la incapacidad de audición en muchos casos y obvian la necesidad de aquella. El movimiento Vida independiente, de hecho, es minoritario entre

los afectados por las circunstancias objetivas que lo inspiraron; a la vez, según he observado en países de América ibérica, le siguen personas que no sufrieron tutelaje profesional alguno, sino que carecieron de toda clase de apoyos.

4.4 Sector público

En los estados sociales abiertos a la participación privada, las aportaciones de la comunidad, la oferta del mercado y la intervención de las entidades sociales reducen cuantitativamente, pero no suprimen, la necesidad de acción del sector público en la cobertura de las demandas de la dependencia funcional; y no simplifican su papel, sino que lo hacen más complejo. La reducción cuantitativa indicada resulta de la división de cargas entre los distintos sectores institucionales, obviamente. La complicación del papel estatal viene dada porque ha de integrar: labores de ordenación y control de las actividades privadas y públicas, medios de facilitación y fomento de las acciones privadas legítimas y ejecución directa de ciertas actividades públicas.

Incluso con pautas de gobierno poco intervencionistas, si se toma como referencia el bienestar de la población, la abundancia de aportaciones privadas no hace ociosa, sino especialmente necesaria, la acción pública de ordenación y control. Por ejemplo, para el ámbito familiar, es importante la adecuada regulación del llamado “derecho de alimentos”, de modo que no quede duda del alcance del mismo en lo que concierne, no sólo a las prestaciones materiales y atenciones domésticas, sino también a los cuidados personales que exige la dependencia funcional. Es importante también asegurar que los cuidados familiares se procuran sin mengua de la autonomía personal; por ejemplo en lo que se refiere a la administración de los bienes del afectado. Por supuesto es importantísima la regulación de la tutela, en caso de incapacitación legal, así como la vigilancia de su correcto ejercicio. Otro ejemplo, éste relativo a las entidades mercantiles y voluntarias: resulta inexcusable la intervención pública al menos para regular las calidades de los servicios técnicos y de seguros relativos a la dependencia funcional –y situaciones parecidas-, así como para la concesión de licencias, inspección y sanciones por incumplimiento.

La acción de fomento está indicada para facilitar a los afectados por dependencia funcional la actividad económica, regulando la compatibilidad de las pensiones a que les da derecho su situación con el trabajo remunerado; como lo hacen la Ley General de Seguridad Social, cuyo texto refundido fue aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (art. 141.2). Corresponde a los poderes públicos facilitar la ayuda familiar a las personas afectas de dependencia funcional sin que los cuidadores deban renunciar a sus opciones laborales. Es propio que los poderes públicos fomenten la adaptación y el equipamiento ergonómico de las vivien-

das, entre otros medios, mediante la prestación de ayuda técnica y económica –ésta para casos de bajas rentas-. En cuanto a las entidades privadas, la Constitución Española reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado (art. 38), el derecho de asociación (art. 22) y el de fundación para fines de interés general (art. 34). De este modo, salvo circunstancias y normas excepcionales, los poderes públicos están obligados al menos a posibilitar el ejercicio de esas libertades y derechos. En el caso de la dependencia funcional, por su gravedad, me parece prudente, no sólo posibilitar, sino también fomentar la pluralidad de oferta, especialmente de las prestaciones más escasas o problemáticas por cualquier circunstancia.

Finalmente, la acción directa es indispensable para cubrir demandas desatendidas por la acción comunitaria y de las entidades privadas. Incluso en el caso de una gran actividad de esos sectores, es imposible que abarque todas las actividades demandadas por la dependencia funcional y que relacioné anteriormente. Cabe una amplia participación de la acción comunitaria, de la mercantil y de la voluntaria en tareas de cuidados personales y en adaptaciones ergonómicas de la vivienda propia. Pero el sector público, en relación con el interés general y en virtud de los mandatos constitucionales concernientes al bienestar, está obligado a protagonizar actividades como estas: prevención de enfermedades y deficiencias que pueden abocar a la dependencia funcional, mediante programas de salud pública; acondicionamiento de los entornos físicos de uso colectivo (urbanismo, edificaciones, transportes y telecomunicaciones) en orden a lograr y mantener su accesibilidad; acondicionamiento con los mismos fines de los ámbitos funcionales (accesibilidad de actos públicos, programas culturales y de ocio, etc.); mantenimiento y gestión de un sistema de prestaciones monetarias; mantenimiento de una red pública de servicios sociales que provean, entre otras, prestaciones para la situaciones de dependencia no cubiertas por la acción privada; inclusión en el Sistema Nacional de Salud de las prestaciones sanitarias que requieren la prevención y asistencia de las situaciones que nos ocupan. Por supuesto, los agentes privados pueden colaborar en el diseño y aplicación de estas medidas –por ejemplo, mediante la concertación o contratación de servicios con el sector público-; pero sus limitaciones estructurales, que he venido señalando, confieren a éste el protagonismo en las acciones mencionadas.

Paso ahora a la cuestión del reparto territorial de responsabilidades y poderes o competencias del sector público en lo referente a la dependencia funcional. Menciono primero las responsabilidades porque aquí se plantea el asunto en cuestión desde el punto de vista del buen servicio al ciudadano, al que debe subordinarse la división del poder político. Esta afirmación, que se fundamenta en la ética democrática básica, nos llama a examinar la disyuntiva descentralización-centra-

lización territorial política con total libertad, sin hipotecas históricas ni prejuicios ideológicos.

En el orden de los hechos históricos, la responsabilidad pública en materia asistencial del Antiguo Régimen estaba muy poco centralizada, y parece que se derivaban de ello graves inconvenientes para el buen servicio. Así lo juzgó Concepción: “La descentralización administrativa, la poca uniformidad en las leyes y el exagerado respeto a la expresión material de la voluntad de los fundadores de asilos piadosos, dieron a la Beneficencia un carácter local, fatalísimo para el bien de la Humanidad: dado el estado social y político era difícil que sucediera de otro modo. Cada ciudad, cada villa, cada lugar, tenía sus fueros, sus privilegios, su señor, su ley: eran otros tantos pequeños estados que se regían por reglas diversas, que tenían intereses diferentes o tal vez opuestos. Fuera de ciertos límites que la ley marcaba, ni el mendigo hallaba limosna, ni el desvalido asilo, ni el enfermo hospital. Este espíritu de localidad era fatal para la Beneficencia.” (Concepción Arenal, 1861, 24).

La descentralización política y administrativa de nuestro Antiguo Régimen fue cuestionada y corregida, primero, por la Ilustración y, luego, por el movimiento liberal. No obstante esto, resulta obligado recordar que la Constitución de 1812, fundante del Estado español moderno, adopta una estructura de responsabilidades básicamente municipalista en materia de Beneficencia (art. 321.6º). Y debemos recordar también que la Ley de Establecimiento general de la Beneficencia, de 1822, siguió fielmente la pauta de ese referente jurídico. Pero tal opción fue criticada por ser obviamente disfuncional para la gestión de asuntos concernientes a la acción asistencial de alcance supramunicipal (Posada Herrera [1845] 1995, 265). Y la Ley General Beneficencia promulgada el 20 de junio de 1849 estableció un reparto jerarquizado de responsabilidades relativas a la provisión de servicios, basado en criterios funcionales, entre los niveles central (general), provincial y municipal.

En el orden ideológico, las opciones descentralización-descentralización no están apoyadas por principios básicos de los estados occidentales modernos. Salvo olvido de mi memoria, esos términos no figuran en el acervo normativo que va desde la Declaración de Derechos de Virginia hasta la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Esto significa, en primer lugar, que no hay riesgo de salirse de la ortodoxia democrática por las opiniones que se tengan en materia de distribución territorial del poder político; así pues, ¡fuera inquisidores y complejos! En segundo lugar y viniendo a España, hemos de referir y condicionar a los preceptos del capítulo I de nuestra Constitución el principio de descentralización que la misma adopta en su artículo 103; aquellos regulan los derechos y deberes fundamentales, en tanto que éste se refiere sólo a las Administraciones

Públicas –a no confundir con el Estado-. Parece muy acertado que así sea: la absolutización del “descentralismo” territorial podría conducir, no ya sólo a la deconstrucción del Estado Español, sino también de las comunidades autónomas y de los entes locales, para llegar a la autogestión individual o familiar.

En el campo político, es de razón que las opciones centralizadora y descentralizadora se supediten a criterios de economía y buen servicio, incluyendo en esta noción el principio de igualdad: “...parece obvio que debe subordinarse el ideal autonómico, al que sirve la descentralización, al principio de igualdad de derechos en igualdad de situaciones. No es admisible que, por efecto de la descentralización territorial que ha generado la Constitución de 1978, la protección o apoyo que reciba un ciudadano pobre o vulnerable de la comunidad autónoma A pudiera venir a ser menor que la que reciba otro ciudadano en circunstancia equivalente en la comunidad B.” (Casado, 1983, 21). Salvado esto, la opción “descentralista” tiene ante sí un amplio campo de aplicación. La estructuración territorial –y también la institucional, según vimos- de responsabilidades y facultades no tiene porque hacerse sólo por materias, sino que cabe diversificar dentro de cada una de ellas el régimen correspondiente a las diversas funciones. De las materias que más interesan a esta exposición, nuestra norma máxima reservó las competencias básicas al Estado (central) en Seguridad Social y sanidad (art. 149.1.16º y 17º), habilitando la descentralización de la ejecución; en cambio, posibilitó que se descentralizara el grueso de los servicios sociales, cuya cobertura de la dependencia funcional presenta disparidades regionales muy importantes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, 355-356).

Cabe argüir que, como ocurrió en el régimen de Franco, la centralización no asegura la igualdad ni la equidad, incluso en materias relevantes desde un punto de vista humano y social, a la vez que propicia el uniformismo. Este antecedente nos sirve para advertir de que la realización de aquellos valores requiere, no solo de la centralización de ciertas responsabilidades y poderes, sino también el contexto de un estado democrático en el que estén institucionalizados los derechos sociales de modo que puedan ser exigidos por los ciudadanos. En cuanto al uniformismo, parece claro que es efecto de un exceso de centralización que debe ser corregido mediante la técnica, ya indicada, de diversificar los regímenes competenciales por funciones.

BIBLIOGRAFÍA

Arenal, Concepción (1861), *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y de Ciegos, Madrid.

Aznar López, Manuel (2001), “Los derechos sociales de los extranjeros en España”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, VIII.

Cabarrús, Francisco (1820), “Sobre los cortos obstáculos que la naturaleza opone a los progresos de la agricultura y medios para removerlos”, *Cartas del Conde de Cabarrús al Sr. D. Gaspar de Jovellanos, sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública*, Lawalle joven y sobrino, Burdeos.
Carasa Soto, Pedro (1988): *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*, Junta de Castilla y León.

Casado, Demetrio (1983), “Criterios para la descentralización territorial de los servicios asistenciales y sociales”, en *Los Servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, Marsiega, Madrid.

Casado, Demetrio (1986), *El bienestar social acorralado*, Promoción Popular Cristiana, Madrid.

Casado, Demetrio (1997), “Antecedentes históricos de la política social en España”, en Carmen Alemán y Jorge Garcés Ferrer, *Política social*, McGraw-Hill, Aravaca (Madrid).

Casado, Demetrio (2003a), *Imagen y realidad de la acción voluntaria*, Hacer Editorial, Barcelona.

Casado, Demetrio (2003b), “Las entidades sociales y las enfermedades mentales”, en Gregorio Rodríguez Cabrero (Coordinador), *Las entidades voluntarias de objeto social en España. Informe general*. Fundación FOESSA, Madrid.

Casado, Demetrio (2004), “La dependencia funcional y sus abordajes”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Casado, Demetrio (2005), “La dependencia funcional y sus demandas”, en *Documentación Social*, nº 138, julio-septiembre, 2005.

Cicerón, Marco Tulio ([44 a. de C.] 2001), *De Senectute, Acerca de la vejez*, Editorial Triacastela, Madrid.

Erasmus de Rotterdam, *Adagios del poder y de la guerra y Teoría del adagio*, Pretextos, Valencia, 2000.

Hernández Iglesias, Fermín (1876), *La Beneficencia en España*, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, dos tomos.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2002), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados*, Madrid.

Jiménez Lara, Antonio y Huete Gracia, Agustín (2003), *La discapacidad en España. Datos estadísticos*, Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.

Martín Carmona, José Manuel (1997), “Manifestaciones físicas, psíquicas y sociales del envejecimiento”, en Pilar Rodríguez Rodríguez y Carmen Valdivieso Sánchez, *El servicio de ayuda a domicilio*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.
Mata Zorrilla, Elena (1985), *Valladolid: sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Universidad de Valladolid y Junta de Castilla y León, Valladolid.

Mata Zorrilla, Elena (1987), *Pobreza y asistencia social en España, Siglos XVI al XX*, Universidad de Valladolid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, 2004.

Montserrat Codorniu, Julia (2004), “Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid.

Ortega y Gasset, José (1956), *La rebelión de las masas*, Espasa-Calpe, Madrid.

Plataforma de ONG de Acción Social (2006), *Plan estratégico del tercer sector de acción social*, Madrid.

Posada Herrera, José ([1845], 1995), *Lecciones de administración del Sr. D. José Posada Herrera. Estudios sobre la Beneficencia Pública*. Universidad de Oviedo.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2003): “Aproximación al análisis del tercer sector de objeto social: marco general, objetivos y metodología”, en *Las entidades voluntarias de objeto social en España. Informe general*. Fundación FOESSA, Madrid.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004): “La población dependiente española y sus cuidadores”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005), “Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada”, en Demetrio Casado, dir., *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2006), *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*, Fundación Alternativas, Madrid.

Ruiz De Olabuénaga, José Ignacio (2005), “El tercer sector español y sus campos de actuación”, *Tercer sector*, nº 1, oct.-dic.

Sebastián y Barandarán, José (1966): *Breve noticia histórica de la Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo y descripción de su iglesia y hospital*, Sevilla.

Soto, Fray Domingo de (1965): *Deliberación de la causa de los pobres (y Réplica de Fray Juan de ROBLES)*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

Vilà. Antoni (2004), “Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España”, en Demetrio Casado, *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Vives, Juan Luís ([1525] 1992), *Del socorro de los pobres*, Editorial Hacer, Barcelona.