

Los servicios sociales especializados para la vejez: Las residencias de la tercera edad en Galicia

FRANCISCO R. DURÁN VILLA
Universidade de Santiago de Compostela

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un tema que suscita una fuerte controversia social. El progresivo incremento de la esperanza de vida y el cada vez mayor grado de dependencia de los ancianos son los responsables de la creciente demanda asistencial. Las residencias de la tercera edad en Galicia han respondido con un fuerte aumento de la oferta del número de plazas, y se han convertido en las principales proveedoras de cuidados para las personas mayores con discapacidades en la actualidad. No obstante, el riesgo que supone el proceso de institucionalización para la autonomía de los usuarios ha provocado cambios en el modelo tradicional y potenció el desarrollo de otros sistemas alternativos.

Palabras clave: Envejecimiento. Legislación social. Ayuda asistencial. Residencias de ancianos. Institucionalización.

ABSTRACT

The ageing of the population is a subject that provokes a strong social controversy. The progressive increase of the life expectancy and the high level of dependency of the older ones are increasing the welfare demand. The residences of the third age in Galicia have responded with a fort increase of the supply of the number of beds, and they have become at the present time in the main taken care of suppliers for the older people with dependencies. However, the risk that supposes the process of institutionalization for the autonomy of the users has caused changes in the traditional model and harnessed the development of other alternative systems.

Keywords: Ageing. Social legislation. Welfare aid. Residences of old. Institutionalization.

...del mismo modo que alabo al joven en el cual hay algo de anciano, así también al anciano en el cual hay algo de mozo; y el que tal hace, podrá ser viejo de cuerpo, de alma nunca lo será.

CICERON¹.

El interés y la preocupación por el envejecimiento de la población en los países enriquecidos no han cesado de crecer desde los años ochenta de la pasada centuria, hasta provocar, en ocasiones, ciertas cotas de alarma social por sus repercusiones en la economía y, por consiguiente, en el bienestar social. El temor al cambio en la estructura por edad y la inversión de la pirámide de población –el seísmo demográfico según Wallace²–, el futuro incierto de las pensiones, el continuo incremento del gasto sanitario y farmacéutico, y el recorte y la mercantilización de los servicios sociales³ siguen siendo objeto de un amplio debate social y académico con interpretaciones y conclusiones muy dispares.

De asimilar el envejecimiento demográfico al biológico se desprende una visión negativa del mismo, por el carácter irreversible del último, es decir, se le considera como un problema o cuestión social⁴, interpretación en la que subyace un cierto determinismo organicista cargado de connotaciones psicológico-nostálgicas que, quizás, *sólo reflejan el deseo de un regreso a una juventud perdida, hacia el pasado*⁵. No obstante, es de destacar que la inquietud social resulta, por norma general, de la difusión de interpretaciones y conclusiones parciales de este complejo proceso demográfico, en el que intervienen factores sociales, económicos, políticos y culturales. Políticos, gobernantes y medios de comunicación, conscientes de las reacciones marcadas que suscitan, las utilizan interesadamente por los beneficios electorales que suelen reportar.

1 CICERON, M.T. (1932): *De la vejez y de la amistad*. Traducción con introducción de las discrepancias entre ediciones y notas. Barcelona, Librería Bosch, p. 74.

2 WALLACE, P. (2000): *El seísmo demográfico*. Madrid, Siglo XXI.

3 Por razones de título y espacio no vamos a entrar en un estudio pormenorizado. Para una información más detallada pueden consultarse, entre otros, los siguientes trabajos: JIMENO, J. F. (2002): *Demografía, empleo, salarios y pensiones*. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada; TAMBURI, G. (1993): El Sistema de protección social español y la evolución demográfica. En: *Europa en el movimiento demográfico. Los sistemas de pensiones y la evolución demográfica*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; FERRERAS, A. (2002): El futuro de las pensiones de jubilación en España: el nuevo orden demográfico y otras cuestiones a considerar. En: REQUES, P.: *El nuevo orden demográfico*. Col. El campo de las ciencias y las artes, n° 139. Madrid, Servicio de Estudios del BBVA/Argentaria; ALONSO, J. (1998): *El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas*. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada; *El gasto farmacéutico: del análisis de sus causas a las políticas y acciones de contención* (2004). Santiago, EGAP; ALBI, E. (2000): *Público y privado, un acuerdo necesario*. Barcelona, Ariel.

4 LOURIAUX, M. (1995): El envejecimiento de la sociedad europea. En: *El capital humano europeo en el umbral del siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

5 ZAMORA, F. (2001): Proyecciones de población española. En: VVAA: *Las claves demográficas del futuro de España*. Madrid, Col. Veintiuno, Fundación Canovas del Castillo, p. 45.

Frente al catastrofismo demográfico⁶, otros investigadores sostienen que el aumento de la longevidad y del porcentaje de los mayores de 65 años es uno de los aspectos más importantes de la transición demográfica⁷, por su estrecha relación con el progreso material y social de las sociedades. Por ello, la esperanza media de vida al nacer se ha convertido en uno de los indicadores característicos del bienestar –y variable básica para el cálculo del Índice de Desarrollo Humano– como lo atestiguan los 78,71 y 78,86 años alcanzados en 1998 en Galicia y en España respectivamente, que coinciden, *grosso modo*, con la media de los países enriquecidos, frente a los 65 años de Asia y los 50 de África. Ante el reciente envejecimiento de la población española en general y de la gallega en particular, estos autores, a partir del convencimiento de la reversibilidad del proceso, urgen en el diseño y puesta en práctica de inmediato de una política sociodemográfica integrada, de acuerdo con el carácter sistémico del proceso, que diseñe propuestas de intervención para los mayores en las que las participen conjuntamente –pues algunos sólo vehiculan las prestaciones– los cuatro sectores (público, privado, voluntario e informal⁸) que tradicionalmente se vienen encargando de su asistencia.

...llevaba las dos cargas que se tiene por mayores, la pobreza y la vejez
Cicerón⁹

Aunque en las culturas clásicas y en la tradición judeo-cristiana la vejez era sinónimo de autoridad y sabiduría, no es menos cierto que la literatura griega anticipa ciertos prejuicios con respecto a la edad¹⁰, prejuicios que se mantendrán durante muchos siglos en relación con el deterioro del cuerpo –de un modo especial con las mujeres– y con el alejamiento de los circuitos productivos por incapacidad física. Era la imposibilidad de ganarse el sustento la que aumentaba el riesgo de pobreza y convertía a los ancianos en *los clientes habituales de los hospitales, asilos y socorros domiciliarios. Cuando no consiguen el requerido auxilio de las instituciones benéficas particulares o públicas pasan a engrosar las listas de mendigos y pedigüños callejeros*¹¹. Eran pobres de solemnidad, formaban parte de la pobreza permanente o, mejor dicho, estructural, eran junto con las viudas y los enfermos las víctimas de la edad, la enfermedad y la soledad¹².

No obstante, el simple hecho de poder acceder al amparo de los centros asistenciales demuestra que los viejos, a pesar de su situación precaria, estaban integrados en la

6 DUQUE, I. (2000): Catastrofismo demográfico. En : *Le Monde Diplomatique*, junio.

7 CABRÉ i PLA, A. y PÉREZ DÍAZ, J. (2000): *El envejecimiento demográfico en España*. Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics (www.ced.uab.es) y DUQUE, I. (2000): Opus. Cit.

8 JOHNSON, W. (1990): *El estado de bienestar en transición*. Madrid, M. de Trabajo y Seguridad Social.

9 CICERON, M.T. (1932): Opus. Cit, p. 55.

10 MINOIS, G. (1987): *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid, Ed. Nerea.

11 MAZA, E. (1987): *Pobreza y asistencia social en España. Siglo XVI-XX*. Valladolid, Serv. de Publicaciones de la Universidad, p. 17.

12 MAZA, E. (1999): *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*. Barcelona, Ariel, p.12.

sociedad del Antiguo Régimen, mientras que en la actual constituyen un colectivo de alto riesgo de exclusión social, sobre todo las mujeres, porque ya no son productivos, están jubilados o son pensionistas y, en general, *jubilación –y sobre todo pensión– es sinónimo de precariedad económica*¹³; por el desnivel que existe entre las pensiones y el nivel de vida; por la edad –ellas son más longevas– que aumenta el riesgo de padecer alguna discapacidad y, por consiguiente, acrecienta el grado de dependencia; y por la soledad y el abandono personal (el llamado síndrome de Diógenes), en relación con el mayor número de viudas y con la incapacidad que tienen las familias para dar respuesta a la demanda de atención de los mayores, por los cambios socioculturales que tuvieron lugar en el último tercio de la pasada centuria.

Con promulgación de la Ley general de Beneficencia el 23 de enero de 1822, en respuesta al mandato constitucional de 1812, se inicia una nueva etapa en materia de asistencia social, aunque no comenzará a tomar cuerpo hasta la puesta en vigor de la Ley de 20 de junio de 1849 desarrollada por Reglamento de 14 de mayo de 1852, que pervivirá, con pequeños retoques¹⁴, hasta los años centrales de la pasada centuria. Este período se caracteriza por un intervencionismo gubernamental tendente a uniformizar los procesos de asistencia y a sustituir las prácticas seculares caritativo-religiosas por una beneficencia gestionada por la Administración central, Ayuntamientos o Diputaciones, a través de las Juntas General, Municipal o Provincial de Beneficencia¹⁵.

No obstante, la filosofía liberal que inspiraba la normativa del Trienio se vio truncada en algunos aspectos por la Ley moderada de mediados de siglo: frente a la pretendida nacionalización de la asistencia deseada por los liberales, se sanciona también una beneficencia privada y particular; y a pesar del empeño secularizador, las instituciones de la Iglesia siguieron desempeñando un papel destacado en la acción social –tanto en centros propios como gestionando los de titularidad pública– sobre todo a partir de la firma del Concordato de 1851¹⁶ y con el desarrollo incipiente del catolicismo social, que

13 GONZALEZ-CARBAJAL, L. (1997): *Con los pobres contra la pobreza*. Madrid, San Pablo, p.16.

14 El de mayor calado fue el REAL DECRETO de junio de 1891, por el que se aprueba el Reglamento del servicio benéfico sanitario de las familias pobres.

15 La Ley de 1822 sólo contemplaba el establecimiento de Juntas Municipales de Beneficencia, bajo el control y supervisión del jefe político de la provincia. No obstante, *en aquellas poblaciones de mucho vecindario las Juntas municipales, con aprobación de su respectivo ayuntamiento podrá nombrar Juntas parroquiales de Beneficencia, que serán presididas por el cura de la parroquia* –a pesar del pretendido intento de secularización de los liberales– *y en sus ausencias y enfermedades por su teniente* (Art. 18)

16 A pesar del interés de los liberales por emprender un proceso de secularización de la asistencia, la realidad –llámese falta de personal capacitado o de recursos– se impuso y les obligó a seguir contando con las labores de caridad que venían desempeñando las órdenes y congregaciones religiosas. Prueba de ello es el contenido del artículo 14 de la Ley de 1822: *Las Juntas municipales preferirán, en lo posible, las hermanas de la caridad para desempeñar todos los cargos de la Beneficencia que les estén encomendados, especialmente en la dirección de los centros de maternidad*. Muy probablemente, la elección de la Compañía de las Hijas de la Caridad, erigida en 1633, se deba a su carácter secular y apostólico, frente al predominio de la vida contemplativa en las mujeres impuesto por la reforma tridentina: *Vuestro monasterio es la casa de los enfermos, vuestra celda es vuestro cuarto de alquiler, tenéis como capilla*

comenzará a tomar cuerpo doctrinal con la promulgación de la Encíclica *Rerum Novarum* de Leon XIII en 1891. La razón de esta continuidad la encontramos, como bien señala Elena Maza, en los valores utilitarios de la emergente ética burguesa, que, preocupados más por la felicidad terrena que por la vida futura, *relegan la actividad asistencial de la Iglesia y órganos afines hacia una clientela específica y marginal del mundo de la pobreza (ancianos, impedidos, expósitos, inadaptados, descarriados), reservando para los profesionales de la medicina los hospitales y la atención domiciliaria*¹⁷. La preocupación social del catolicismo, las nuevas formas de pobreza del capitalismo industrial, el abandono de la represión por la ayuda y la moralización, y la difusión de una piedad ultramontana en el último tercio decimonónico, generan nuevos carismas que se materializan en la fundación de institutos de vida consagrada. Entre ellos, y para dedicarse en exclusivo a la tercera edad, se fundan en Francia –en 1839– las *Hermanitas de los Pobres* (*Petites Souers des Pauvres*) por Juana Jugan y en España las *Hermanitas de los Ancianos Desamparados* por Teresa de Jesús Jornet en 1872, quienes, además de preocuparse por los cuidados físicos y por la salvación del alma de los ancianos, establecerán una de las más importantes redes de centros asistenciales para mayores que existe en nuestro país, a partir de la autorización concedida, previo reconocimiento canónico, por la Real Orden de 6 de agosto de 1884 para *poder crear establecimientos y residencias en todos los pueblos de la Monarquía*¹⁸.

Por lo tanto, a medida que transcurre el siglo XIX y hasta los albores del desarrollo en los años 1960, la oferta para residencia permanente de personas de edad avanzada está formada por asilos y residencias para desamparados –*decrépitos*¹⁹ en términos legales– y casas de misericordia²⁰, de titularidad privada (fundamentalmente religiosos y diocesanos, y en menor medida fundaciones filantrópicas) o pública, dependientes, como se ha comentado, de las administraciones central, provincial o municipal.

la iglesia parroquial, vuestro claustro son las calles de la ciudad. Por reja tenéis el temor de Dios. Y por velo lleváis la santa modestia. PAÚL, V. De (1975): *Obras completas*. Salamanca, Ed. Sígueme, T. 9, p.734. Es de destacar que el ejercicio de la beneficencia fue uno de los avales con los que contó la congregación para permanecer las comunidades en el ejercicio de sus funciones tras el decreto de exclaustación de 1837. El Concordato de 1851, no sólo les otorga estabilidad, sino que en virtud del artículo 30 el Gobierno se encarga de procurar su fomento.

17 MAZA, E. (1999): *Opus. cit.*, p.31.

18 *En vista de la solicitud elevada por Sor Teresa de Jesús, Superiora general del Instituto de las Hermanitas de los Ancianos desamparados... S. M. el Rey... ha tenido a bien disponer que desde luego se tenga por reconocida y declarada la existencia legal de dicho Instituto... y que respecto á la autorización que también se pide para poder crear establecimientos y residencias en todos lo pueblos de la Monarquía, se tenga por concedida...* (Gaceta de Madrid, de 23 de Marzo de 1899)

19 *Son establecimientos generales de beneficencia todos aquellos que exclusivamente se hallen destinados a satisfacer necesidades permanentes, o que reclaman una atención especial... locos, sordomudos, ciegos impedidos y decrepitos*, es decir, de edad muy avanzada, enfermo o chocho (Art. 2º) Reglamento de 14 de mayo de 1852.

20 *Son establecimientos provinciales de beneficencia destinados al cobijo de los menesterosos incapaces de un trabajo personal que sea suficiente para proveer a su subsistencia...* (Art. 2º) Reglamento de 14 de mayo de 1852.

La política social durante autarquía se mantiene anclada en los parámetros diseñados por la beneficencia decimonónica y el Auxilio Social –integrado en la Falange Española– creado por Decreto de 17 de mayo de 1940, *encargado de prestar asistencias benéficas a favor de los indigentes, con el fin de proporcionales los medios indispensables de vida (alimento, vestido, albergue) y los cuidados sociales complementarios*²¹. Al margen de los comedores, la acción asistencial del Auxilio Social se centra fundamentalmente en el cuidado, atención y promoción de los más jóvenes, dejando las edades avanzadas para las instituciones creadas según lo dispuesto por la todavía vigente Ley de 1849. La única actuación que merece ser destacada en relación con este colectivo es la sanción del Seguro Obligatorio de Vejez e invalidez en 1947, heredero del viejo retiro obrero –Subsidio de Vejez e Invalidez desde 1939–, creado en 1911 a instancias del Instituto de Reformas Sociales.

Los primeros síntomas de cambio los encontramos en materias gerontológica y geriátrica en los albores de los sesenta con la Obra de Ayuda al Anciano de las Hijas de la Caridad²² en el ámbito privado y con la creación del Fondo Nacional de Asistencia Social por Ley de 21 de Julio de 1960, que constituye el primer intento gubernamental por establecer un incipiente programa de servicios sociales orientado a superar la obsoleta acción benéfico-asistencial. No obstante, la redacción del artículo 27 de la Ley sobre Presupuestos Generales del Estado para el bienio 1962-1963, en la que se especifica el destino de una subvención complementaria que figura en el capítulo de las obligaciones generales, demuestra que queda mucho camino por recorrer hasta generar una verdadera acción social: *la subvención... habrá de emplearse en la concesión de pensiones*²³ *a los ancianos o enfermos desamparados que sean pobres y desvalidos, y no perciban otra pensión del Estado, provincia o Municipio ni prestación de Seguros Sociales...*

La Ley sobre Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, además de coordinar la beneficencia y los viejos servicios sociales, extiende la Seguridad Social hacia campos nuevos de promoción social y comunitaria, una Seguridad Social que, aun-

21 DECRETO DE 17 DE MAYO DE 1940 por el que se dictan nuevas normas a Auxilio Social (B.O.E. de 29 de mayo de 1940)

22 CASADO, D. (dir.) (1994): Acción social y servicios sociales. En: *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid, Fundación FOESSA, t. II, p. 1.785.

23 Las pensiones que se les otorguen no podrán exceder del 80% de las de menor cuantía del Seguro Obligatorio de Vejez. LEY 85/1961, de 23 de diciembre, sobre presupuestos generales del Estado para el bienio 1962-63 (Art. 27) (B.O.E. de 28 de diciembre de 1961) Por Decreto de 14 de junio de 1962 (B.O.E. de 15 de junio), se regula la concesión de auxilios, entre otros, de los ancianos: *Cuando los ancianos y enfermos se encuentren acogidos en establecimientos, las ayudas se concederán en igual cuantía y se entregarán a éstos, destinándose el ochenta por ciento a incrementar los gastos de estancias que ocasiones los internados y el veinte por ciento restante a los beneficios* (Art. 4.2). Doce días después, el 27 de junio, se publica una Resolución de la Dirección General de Beneficencia, por las que se delega en las Juntas Provinciales de Beneficencia, han transcurrido 113 años desde su creación, la facultad de resolver las peticiones de ayuda a ancianos, y en noviembre, por Orden de 16, se regula la forma de pago y justificación, pasando los preceptores acogidos en asilos a recibirla por medio de la habilitación del establecimiento (B.O.E. de 30 de noviembre de 1962).

que pretende superar los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, desarrolla un sistema complementario de asistencia social, para paliar o eliminar los estados de necesidad. Es interesante constatar como en la justificación y en las directrices de la Ley se contempla la revisión del sistema de seguridad en relación directa con el Plan de Desarrollo, *con la convicción de la estrecha interrelación entre el desarrollo económico y social*²⁴

De acuerdo con esta interrelación, el texto de Ley correspondiente al I Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 1964-1967, en lo concerniente a sanidad y asistencia social se propone como objetivo el intensificar la acción de ayuda a la ancianidad²⁵, y en el marco de las actuaciones para el desarrollo regional de aquellos territorios que poseen una renta *per capita* inferior a la media nacional –entre los que se encuentra Galicia– sanciona la creación de establecimientos asistenciales con cargo a las arcas del Estado²⁶. A este respecto, el desglose de los programas de inversiones públicas en sanidad y asistencia social correspondiente a 1964 y 1965²⁷ prevé la construcción de diez residencias regionales de ancianos de 100 plazas y 25 hogares, también de la misma capacidad, de acuerdo con el programa diseñado por la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales²⁸. Sobre la base de este programa de inversiones públicas –el del I Plan de Desarrollo– la Dirección General de Beneficencia consideró conveniente crear una Residencia para 200 personas en Ourense, a construir en el término municipal de Barbadás, *no sólo por el acusado déficit de tales centros en la región, sino también por las peculiaridades socioeconómicas de la misma*²⁹. Residencia que dependerá directamente de la Administración central.

Si en el terreno político los años 1970 iban a depararnos sorpresas, no es menos cierto que en lo social también se iban a producir grandes transformaciones. Lo primero que llama poderosamente la atención es que nada más iniciarse el decenio, el entonces ministro de trabajo –Licinio de la Fuente– alude, con diez años de antelación, al problema del envejecimiento demográfico en los países desarrollados, considerándolo en el caso español como un problema nacional: *el progresivo y constante envejecimiento de la*

24 LEY 193/ 1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social (B.O.E. de 30 de diciembre de 1963).

25 Plan de Desarrollo Económico y social para el período 1964-1967. (Continuación) (B.O.E. de 3 de febrero de 1964).

26 Plan de Desarrollo Económico y social para el período 1964-1967. (Continuación) (B.O.E. de 5 de febrero de 1964).

27 B.O.E. de 15 de febrero de 1964.

28 A este programa pueden acogerse tanto entidades públicas como asociaciones y entidades privadas de carácter social. Ante la inviabilidad de su puesta en práctica por falta de medios económicos, se aprueba por Ley de 31 de mayo de 1966 la concesión de un crédito extraordinario al Ministerio de Gobernación, al cual está adscrito la Dirección General, como subvención a las Diputaciones Provinciales y Corporaciones Locales para la construcción de las mismas (B.O.E. de 3 de junio de 1966).

29 DECRETO 415, 1967, de 23 de febrero, pro el que se crea la Residencia de Ancianos Nuestra Señora de los Milagros de Orense (B.O.E. de 6 de marzo de 1967).

*población... origina problemas sociales y humanos... Estos problemas, de carácter nacional, están profundamente vividos por la Seguridad Social... La acción protectora de la Seguridad Social ofrece... cauce adecuado para contribuir a la solución con carácter general del problema nacional*³⁰. No obstante, el *problema nacional*, no es tanto el envejecimiento demográfico, que es y seguirá siendo expresión de la mejora de las condiciones de vida de los españoles, como *el elevado número de pensionistas con edades superiores a los sesenta años*³¹, por los planes de jubilación forzosa puestos en práctica por el gobierno en los años finales de la década precedente. Un colectivo que no sólo percibe unas pensiones de jubilación muy bajas sino que posee una cultura del ocio y tiempo libre muy distinta a la actual.

Esta nueva realidad demográfica o social, llámese envejecimiento o, simplemente, incremento del número de pensionistas, la respuesta gubernamental fue la creación del *Servicio Social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos* por Orden de 19 de marzo de 1970, cuya labor se encamina a la creación y mantenimientos de centros gerontológicos, residencias, hogares y establecimientos similares, además de la organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios. Un año más tarde, y de acuerdo con lo estipulado por la Ley General de Seguridad Social, se regula el *Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos*³², que se desarrolla a través de la acción directa y concertada. De acuerdo con el artículo 2º de la Orden de 26 de febrero de 1971, la acción directa comprende las realizadas por el Servicio anterior, integradas por: Hogares y Clubes de pensionistas, en todas las capitales de provincia y poblaciones que, por el volumen, se estime procedente; residencias para válidos y asistidas (una por provincia); sanatorios geriátricos de rehabilitación (uno por región, ubicado preferentemente en las ciudades que posean una facultad de medicina³³); hospitales de día; y ayuda a domicilio. Como gran innovación nos encontramos con el desarrollo de una incipiente política de ocio y tiempo libre, con el establecimiento de turnos de vacaciones en residencias y balnearios³⁴. La acción concertada se puede establecer con otras entidades públicas y privadas, aunque de modo preferente con las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Por primera vez en España, y de acuerdo con Demetrio Casado, *se van a poner a disposición de los trabajadores retirados los servicios gerontológicos. No se trata tanto de socorrer al anciano mísero y/o valetudinario, como de expresar aprecio social y polí-*

30 ORDEN de 19 de marzo por la que se establece el Servicio Social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos (B.O.E. de 23 de marzo).

31 ORDEN de 19 de marzo... (B.O.E. de 23 de marzo). Desde la creación del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez en 1947, la edad para percibir la pensión se fija a los 65 años, salvo en los casos de invalidez que se concede a los 60 años.

32 Por ORDEN de 5 de abril de 1974, este servicio pasa a denominarse Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social (B.O.E. de 29 de abril de 1974).

33 El Sanatorio de Santiago de Compostela no se llegó a realizar.

34 ORDEN de 26 de febrero de 1971 por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de

*tico al productor mediante servicios orientados a mejorar su calidad de vida*³⁵. Pretendían, según el legislador, *recoger las aspiraciones de cuantos contribuyeron con su trabajo en épocas precedentes al desarrollo económico de nuestro país y de la Seguridad Social*³⁶. La última iniciativa legal de la Dictadura en materia de servicios sociales la constituye el Instituto Nacional de Asistencia Social, creado en virtud del Decreto 986 de 5 de abril de 1974, en el que confluyen las competencias de la Beneficencia general y las del Auxilio Social. En consonancia con el artículo 5º (apartado 5.3) se establece una organización periférica que se desarrollará posteriormente por medio de la Orden de Gobernación de 10 de marzo de 1975. De acuerdo con lo dispuesto por esta normativa se crean las delegaciones provinciales del Instituto, clasificadas en tres categorías: las dos primeras organizadas en dos secciones –Administración y Asistencia–, mientras que la tercera sólo dispondrá de un negociado de Administración. Corresponde a la sección de Asistencia el control del funcionamiento de los centros y servicios asistenciales establecidos en su demarcación territorial, a través de los negociados de *Infancia y Juventud*, y el de *Adultos y Ancianos*. En Galicia sólo la Delegación de A Coruña ostenta la segunda categoría³⁷.

Las bases para el desarrollo del Estado de Bienestar en España comienzan a gestarse en la Transición con la firma de los Pactos de la Moncloa el 25 de octubre de 1977, que constituyen el primer elemento democratizador y moderno de política de concertación social y el comienzo del neocorporativismo (entiéndase práctica de concertación tripartita entre el gobierno, la patronal y los sindicatos)³⁸. Igualdad, solidaridad y universalidad –en lo que a cobertura se refiere– son los principios básicos sobre los que se desarrollará la nueva política social, que se concretará en planes y programas de bienestar social; política que, a diferencia de las precedentes, no va a estigmatizar *a priori* a sus beneficiarios, pues no les va a exigir el reconocimiento de pobreza³⁹ para tener acceso a las prestaciones de los servicios sociales. Prestaciones, por tanto, que abandonarán el carácter benéfico y asistencial para convertirse en prestaciones de pleno derecho, en consonancia con el Estado social y democrático definido en la Constitución de 1978. En este año, y a partir de los Pactos, se crea el Instituto Nacional de los Servicios Sociales de la Seguridad Social (INSERSO), para gestionar los servicios sociales a la vejez y a las personas con discapacidades.

El texto constitucional en el capítulo III de su Título I establece los principios rectores de la política social y económica, y señala entre los múltiples deberes de los poderes públicos para con los ciudadanos el de *Asistencia Social*, que genera el correlativo derecho en los destinatarios; poderes que, en relación con la vejez, *garantizarán median -*

35 CASADO, D. (dir.) (1994): Opus Cit., p. 1785.

36 ORDEN de 19 de marzo de 1970... (B.O.E. de 23 de marzo de 1970).

37 ORDEN de 10 de marzo de 1975 por la que se establece la organización periférica del Instituto Nacional de Asistencia Social (B.O.E. de 26 de marzo de 1975).

38 MONTAGUT, T (2000): *Política Social*. Barcelona, Ariel, p.169.

39 CASADO, D. (dir.) (1994): Opus Cit., p. 1756.

te pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos de la tercera edad. También, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio (Art. 50).

En consonancia con el nuevo ordenamiento político-territorial, el artículo 148.1.20 de la norma constitucional faculta a las Comunidades Autónomas a asumir competencia exclusiva en materia de asistencia social, y así lo hace la de Galicia en el artículo 27.23 de su Estatuto de Autonomía. En virtud de la atribución de competencias otorgadas por la Constitución y el Estatuto, el Gobierno autónomo elaboró las leyes de servicios sociales de 27 de mayo de 1987 y la vigente de 14 de abril de 1993, por la que *os servizos sociais configúranse como un sistema integrado de protección social orientado á prestación programada de atencións e servizos que posibiliten a mellora da calidade de vida e a participación das persoas ou grupos, especialmente daqueles que sofren algún tipo de carencia, marxinación ou desatención selectiva, así como á prevención e eliminación das causas que están na orixe daquelas situacións*⁴⁰. El hecho de configurarse como un sistema integrado, implica un reparto de competencias entre los distintos niveles de la Administración (autonómico, provincial y local⁴¹) y, además, la colaboración en la prestación de servicios con entidades de iniciativa privada con y sin ánimo de lucro y, también, con el voluntariado social. Los distintos niveles de la administración cuentan con la colaboración y asesoramiento de los *Consellos* –Galego, provincial y local– de Servicios Sociais, cuya importancia radica en la alta participación ciudadana (artículos, 40, 41 y 42).

El sistema de los servicios sociales se estructura en dos niveles de atención –primaria y especializada– y en nueve áreas de actuación, en función de cada una de las problemáticas individualizadas, entre ellas la vejez, para conseguir un mayor nivel de bienestar, autonomía e integración social⁴² de nuestros mayores. Alcanzar estos objetivos implica el mantenimiento o la dotación, según los casos, de equipamientos específicos –residencias, viviendas tuteladas, centros de atención diurnos, y pisos protegidos– y de programas propios, ya sean de acogida familiar, turismo y termalismo o ayudas técnicas y económicas para mantener al anciano en su entorno vital.

No obstante, conviene señalar que en 1985, dos años antes de que fuese promulgada la primera ley autonómica de servicios sociales, comienza el traspaso de competencias del INSERSO a la Comunidad, en virtud del Real Decreto 258/1985 de 23 de febrero⁴³, por el

40 Artículo 5º de la LEY 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociais. (D.O.G. nº 76, de 23 de abril de 1993).

41 Las competencias en los ámbitos provincial y local aparecen recogidas en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (B.O.E. de 3 de abril de 1985), de ámbito estatal, y en la LEI 5/1997, de 22 de xullo, de Administración Local de Galicia (D.O.G. de 5 de agosto de 1997).

42 Si lograr la integración social es uno de los objetivos, de ello se infiere que el Gobierno reconoce la existencia de marginación o exclusión social.

43 REAL DECRETO 258/1985, de 23 de febrero sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de la Seguridad Social (B.O.E. de 6 de marzo de 1985 y D.O.G. de 28 de marzo del mismo año).

que se le entregan, en aras de la efectividad de las funciones, los centros y establecimientos de atención a la tercera edad y minusválidos⁴⁴.

...el último de los males es salir del número de los vivos antes de morir.

*Séneca*⁴⁵

La historia de la asistencia –caritativa o benéfica– en España, nos muestra cómo a lo largo de los siglos estuvo dirigida fundamentalmente hacia los empobrecidos y desamparados. Aunque la ayuda domiciliaria constituye la forma más generalizada de atención, en cada momento histórico asistimos al nacimiento de nuevas instituciones asistenciales en consonancia con las mentalidades, con factores políticos y socioeconómicos, y, también, con los cambios en la demanda, cambios que generan, o han venido generando la progresiva especialización de los establecimientos.

Así, junto a los hospitales medievales, aparecen en la Edad Moderna los hospicios y las casas de misericordia, que *privan de libertad a los acogidos e incorporan una fuerte disciplina en su interior; con lo que más que un lugar de asistencia o de acogida, puede ser considerado como un lugar de castigo o asociarse a una prisión. Eran habitados por una población heterogénea: desde el niño abandonado... hasta viejo incapaz*⁴⁶. Es decir, una política asistencial basada en la reclusión y en el trabajo, conocida a partir de las investigaciones de Michel Foucault en Francia como el *gran encierro*.

No es el momento de recoger el extenso debate que ha generado este concepto historiográfico, concepto que hoy en día los historiadores tienden a considerarlo *como una ambición o una amenaza más que como una realidad*⁴⁷, lo que sí nos interesa resaltar es que, independientemente del mayor o menor volumen de ancianos internos en estos centros y del carácter voluntario o forzoso del ingreso, las expectativas de salida de los mismos eran mínimas por la edad y sobre todo por las discapacidades que suelen acompañarla. No obstante, el aislamiento físico era quizás más liviano que el psicológico y

44 En el marco general del proceso de traspaso de competencias del Estado a las Comunidades Autónomas en materia de Servicios Sociales, pero antes de que comiencen a verificarse con Galicia (REAL DECRETO 2411/1982 de 24 de julio, B.O.E. de 28 de septiembre), se sanciona el mantener un reducido número de centros –de deficientes psíquicos, de la tercera edad y residencias de estudiantes– en régimen de gestión centralizada del Instituto Nacional de Asistencia Social. Las residencias de ancianos elegidas, además de tener el carácter de asistidas, con atención y tratamiento médico asistencial especial para cada caso, tenían que ser centros que viniesen acogiendo a personas procedentes de otras Comunidades Autónomas distintas a las de su ubicación. Entre las seis residencias de ancianos designadas figura la de Nuestra Señora de los Milagros de Orense. ORDEN de 10 de febrero de 1982, por la que se declaran centros de Gestión centralizada a diversos establecimientos dependientes del Instituto Nacional de Asistencia Social (B.O.E. de 10 de marzo).

45 SÉNECA, L. A. (1972): De la tranquilidad del ánimo. En: *Tratados Morales*, Madrid, Espasa-Calpe.

46 MONTAGUT, T (2000): Opus cit. , p. 156.

47 BOLUFUER, M. (2002): Entre historia social e historia cultural: La historiografía sobre pobreza y caridad en la época moderna. En: *Historia Social*, nº 43, p. 115.

social, por el estigma que pesa sobre unas instituciones que cobijan conjuntamente a los *nihil habentes* y a las víctimas de la pobreza *viciosa* (vagos, maleantes, mujeres prostitutas...) merecedoras de castigo. Prueba de este estigma es que las *casas de socorro*, sancionadas por la primera Ley de Beneficencia para acoger huérfanos, niños de más de seis años, impedidos y demás pobres, *para conservar el buen nombre y evitar que lleguen a hacerse odiosos estos asilos de la involuntaria pobreza, se prohíbe destinar a ellos por vía de corrección o castigo a ninguna persona, sea de la clase que fuere* (art. 73). Pues, de acuerdo con lo que estipula el artículo 79, estas no deben ser *un encierro de gentes forzadas, sino un honroso asilo de impedidos y menesterosos, se les permitirá una prudente y arreglada libertad, proporcionándoles desahogos y diversiones moderadas, y se proscribire para siempre en ellas el uso de grillos, cepos, azotes y calabozos*.

Sin embargo, la política asistencial inaugurada por los liberales asume el legado del Antiguo Régimen no sólo en las formas y en los destinatarios, sino también el carácter peyorativo que pesa sobre sus instituciones. Sobre el asilo, –a pesar de su paulatina especialización funcional– pesará durante muchos años el estigma de la segregación social y residencial, y lo más grave, sobre el asilado el de la humillación por desamparo, por el abandono familiar. A partir del decenio de los años 1970 el cambio en las directrices de la política social y los progresos en los campos de la geriatría y de la gerontología transformaron los asilos en residencias de la tercera edad, cuyas plazas se ofrecen por primera vez a todos los jubilados, al tiempo que se desarrolla una red específica para incapacitados, en consonancia con el aumento de la vulnerabilidad física y social que provoca el proceso de sobreenvjecimiento.

Según el Censo del 2001 residen en Galicia 567.323 personas mayores de 65 años, que suponen 21,04% del total de la población (8,5 puntos por encima del porcentaje correspondiente a 1975), de las cuales casi el 59% son mujeres, como consecuencia de su mayor longevidad. El proceso de feminización continúa avanzando con la edad, pues las que rebasan los 75 años suponen algo más de los dos tercios de los más envejecidos. Este colectivo, de acuerdo con las previsiones demográficas, mantendrá una tendencia al alza en los próximos años. Por ello, el llamado envejecimiento del envejecimiento⁴⁸ y el desequilibrio creciente entre los sexos en la ancianidad tienen que ser tenidos en cuenta en el momento de diseñar la política sociosanitaria, por las repercusiones que tiene en la provisión de servicios, y en el momento de implementar los distintos programas. Por lo general –a pesar de que no son directamente proporcionales– la edad y la discapacidad suelen discurrir al unísono, aunque el riesgo de padecer alguna es mayor en las mujeres. En 1999, según la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, un total de 168.620 gallegos presentaban alguna discapacidad, de los cuales el 65,73% de los que las padecían eran

48 DIEZ NICOLAS, J. (1999): Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea. En: MUÑOZ, S., GARCIA, J.L., y GONZÁLEZ, L. (Dir): *Las estructuras del Bienestar en Europa*. Madrid, Fundación ONCE y Ed. Civitas.

mujeres. La discapacidad acentúa las limitaciones de autonomía propias de la edad y aumenta el grado de dependencia de terceras personas y se traduce generalmente en un incremento de la demanda de plazas residenciales, de un modo especial por las ancianas. No obstante, el grado de dependencia es insuficiente para justificar por sí solo la mayor presencia de mujeres en las residencias de la tercera edad⁴⁹. Influyen otros factores como la mencionada mayor longevidad; la soledad, en consonancia con sus mayores índices de viudez y con el reciente proceso de desfamiliarización, es decir, con su emancipación familiar y laboral; el incremento del nivel de vida, que permite acceder y elegir entre una oferta cada vez más variada y mejor; y, por supuesto, el cambio de mentalidad.

La normativa básica relativa a las residencias de la tercera edad en Galicia está constituida, además de la mencionada ley de Servicios Sociales de 14 de abril de 1993, por los Decretos 243/1995, que regula el régimen de autorización y acreditación de los centros de servicios sociales, y 291/1995, que amplía lo previsto por la Ley de 14 de abril de 1993, en lo relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios sociales; desarrollados ambos en 1996 por las Ordenes de 18 de abril –en materia de centros de atención a mayores– y de 5 de febrero, en lo relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios sociales⁵⁰.

En virtud del contenido del artículo 2º de la Orden de 18 de abril, se consideran centros de atención a personas mayores a todos aquellos equipamientos, establecimientos e instalaciones en los que se presta atención directa, de un modo estable y continuado, a un mínimo de seis personas con edad igual o superior a 65 años. Sólo con carácter excepcional se atenderá a los mayores de 60 años, cuando su situación personal o social precise sin dilación de los servicios que ofertan. De acuerdo con su objeto y con sus características específicas los centros de la tercera edad se clasifican en cinco categorías: clubes, centros de día, residencias, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados.

Los *clubes* y *centros de día* son dos tipos de equipamientos que por sus peculiaridades permanecen ajenos al ámbito de este trabajo. Mientras que los primeros se conciben como espacios de encuentro y relación para favorecer los procesos de integración personal y comunitaria, los segundos están destinados a la atención diurna de personas con pérdida de autonomía física o deterioro psíquico.

Las *residencias* de ancianos son aquellos establecimientos destinados a vivienda permanente y comunitaria en los que se presta una asistencia integral y continuada, por norma general, a aquellos que no pueden satisfacer estas necesidades de otro modo. Es requisito para poder acceder a las mismas el haber cumplido, salvo excepciones justifi-

49 La falta de información desagregada en el momento de la redacción de este trabajo impide corroborar esta afirmación con cifras. Las estadísticas publicadas por el INE hasta el presente sólo ofrecen el total de residente en *asilos* y *residencias de ancianos* en 1991. En Galicia en ese año residían 6.026 personas, que representaban el 5,55% del total de España.

50 Todas estas normativas aparecen recogidas en un volumen publicado por la Xunta de Galicia en 1999 titulado *Normativa básica de Servicios Sociales*.

cadras, los 65 años y no padecer enfermedades infectocontagiosas o trastornos psiquiátricos graves⁵¹. Por norma legal tienen que contar con cuatro áreas bien diferenciadas: la de dirección y administración, la residencial, la de servicios generales y la de atención especializada. Según la capacidad que tengan se distingue entre las *mini-residencias*, las *residencias* propiamente dichas y los *grandes centros residenciales*, cuya oferta oscila entre las 13 y 59; 60 y 119; y 120 y más plazas respectivamente. Si nos atenemos al grado de autonomía de los residentes para desarrollar las actividades cotidianas se clasifican en residencias de válidos, de asistidos y mixtas⁵². Por último, la titularidad diferencia entre las gestionadas por las administraciones públicas –la red de la Xunta y las municipales– y las privadas, que pueden ser de iniciativa social, con ánimo de lucro y concertadas.

Normalmente se suelen agrupar al conjunto de las residencias, y más concretamente a las mini-residencias, las otras dos modalidades establecidas por ley: las viviendas comunitarias y los apartamentos tutelados, los cuales, a pesar de que mantienen una función residencial, presentan ciertas particularidades que permiten individualizarlos de los anteriores.

Las *viviendas comunitarias* son equipamientos destinados a albergar a un máximo de doce ancianos, capaces de valerse por sí mismos, en régimen de convivencia cuasifamiliar. Pueden ubicarse tanto en el mundo rural como en el urbano, en espacios bien comunicados y de fácil acceso, y próximas a los centros sanitarios y de servicios sociales. A pesar de que pueden situarse indistintamente en pisos o en viviendas unifamiliares, es preceptivo que el diseño y la construcción mantengan la *maior similitude posible a un fogar normalizado, escapando de toda concepción institucional*⁵³. Por último, los *apartamentos tutelados*, con capacidad sólo para uno o dos ocupantes, están formados por un grupo de viviendas independientes dotadas de servicios comunes básicos⁵⁴ y facultativos (comedor y atención social, y ayuda domiciliaria). A diferencia de los anteriores, pretenden asegurar la autonomía y la privacidad de los usuarios, garantizándoles el control y seguimiento de su situación.

De acuerdo con los datos que se han obtenido a través de diferentes fuentes, en junio del 2006 el número total de plazas residenciales para la tercera edad en Galicia era de 13.086, repartidas entre 207 establecimientos distribuidos de forma desigual por todo el territorio. A escala provincial, mientras que Coruña y Lugo constituyen los extremos

51 Los requisitos de admisión se detallaron con precisión por medio de la ORDEN de 8 de enero de 1986, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (B.O.E. de 17 de enero de 1986).

52 Véase también la RESOLUCIÓN del INAS de 26 de agosto de 1987, por la que se regula el Régimen de ingresos, traslados y liquidación de estancias en los centros residenciales para la Tercera Edad (B.O.E. de 1 de octubre de 1987).

53 ORDE do 18 de abril de 1996 pola que se desenvolve o Decreto 243/1995, ded 28 de xullo, no relativo á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores. ANEXO I, 2. (D.O.G., de 6 de maio de 1996).

54 Los servicios comunes básicos constan de: un servicio de vigilancia y seguridad, limpieza de zonas comunes y de lavandería y con un puesto de control que atiende al sistema de llamada de urgencia.

con un 32,53% y un 15,53% respectivamente, las meridionales presentan una dotación más equilibrada, con algo más de un cuarto del total en cada una de ellas. Por el contrario, las cuatro unidades administrativas presentan como elemento común una fuerte polarización de los equipamientos en las comarcas más urbanizadas, en concreto en las capitalinas, salvo en Pontevedra, que es la de Vigo la que detenta el 54,16 % de las infraestructuras de la provincia.

La distribución por categorías según el número de plazas nos muestra un predominio de las mini-residencias y de las viviendas comunitarias –que en conjunto suponen el 61,17% de estos equipamientos– frente a los establecimientos superiores a sesenta plazas, bajo lo que subyace el importante cambio que se produjo en materia de planificación y dotación gerontológica en el pasado siglo. Procurar a los mayores un entorno hogareño que facilite la relación y la integración es un objetivo más fácil de alcanzar en estas comunidades reducidas que en los grandes centros residenciales, cuyas enormes construcciones responden más a los criterios de asilo decimonónicos que a las pautas actuales de asistencia social. No obstante, el peso de estas instituciones todavía se percibe nítidamente en Betanzos, Viveiro, Chantada y Verín, unos *asilos* de fundación centenaria que siguen desempeñando en solitario el papel de residencias de ámbito comarcal. Todo proceso de cambio, por mucho que se mejore, suele venir acompañado de renunciaciones e incluso de pérdidas, como pérdidas fueron para el patrimonio arquitectónico gallego el derribo de los asilos del Camino Nuevo en Santiago y el de Adelaida Muro en A Coruña, que fueron los primeros edificios levantados específicamente para este fin asistencial.

Si uno de los objetivos de la modernización gerontológica es la limitar al máximo la atención institucionalizada por medio del desarrollo de sistemas alternativos de alojamiento, la evolución de las viviendas comunitarias y de las mini-residencias, junto con programas específicos como el de acogida familiar⁵⁵, parecen indicar, que aunque queda mucho por recorrer –véanse los apartamentos en el cuadro que figura a continuación– estamos en camino.

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS POR NUMERO DE PLAZAS						
TERRITORIO	Mini-residencias %	Residencias %	Grandes residencias %	Viviendas Comunitarias %	Apartamentos Tutelados %	Sin datos (Total)
A Coruña	36.67	13.33	25.00	25.00	0.00	7
Lugo	31.25	21.88	25.00	15.63	6.25	2
Ourense	50.00	14.00	16.00	20.00	0.00	3
Pontevedra	22.92	27.08	14.58	35.42	0.00	6
GALICIA	35.79	18.42	20.00	24.74	1.05	18

FUENTES: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia.
Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

55 DECRETO 225/1994, do 7 de xullo, polo que se regula o programa de acollemento familiar para persoas maiores e minusválidos. (D.O.G. de 25 de xullo de 1994).

Las residencias han sido, sin duda, el sector en el que más se ha progresado en estos últimos decenios, pues aún no en veinte años, desde 1998, el número de camas casi se ha duplicado. A pesar de ello la oferta sigue siendo muy insuficiente. El índice de cobertura en junio del 2006 nos muestra que existen 2,35 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, muy lejos todavía de las 3,5 que se fijaran como objetivo para el año 2000 en el Plan Gerontológico Nacional y de las 5,1 de media de la Unión Europea. Seis años después todavía necesitaríamos crear 5.613 nuevas plazas para alcanzarlo. De acuerdo con el Informe del Portal Mayores, número 47, referido a 8 de febrero de 2006, Galicia ocupa el antepenúltimo puesto por cobertura, delante de la Región de Murcia y Ceuta. Por provincias sólo Ourense, con una ratio de 3,28 plazas, se aproxima al 3,71 de media estatal, gracias a la labor desarrollada por la Fundación San Rosendo. Pontevedra, por el contrario, presenta la dotación más escasa (1,84 camas), en relación con el menor esfuerzo inversor realizado, probablemente por arrojar los saldos demográficos más favorables –más jóvenes– de toda la Comunidad Autónoma.

Los índices de cobertura por comarcas muestran en general grandes contrastes: sólo nueve⁵⁶ de estas 53 unidades administrativas alcanzan el objetivo del 2000, a expensas de las inversiones públicas en la inmensa mayoría de los casos, mientras que en A Barcala, Muros, Terra de Soneira y Xallas todavía no ofertan ni una sola plaza, a pesar de que el porcentaje de los mayores de 65 representa –salvo en Ancares con un 36,19%– aproximadamente a un cuarto de su población.

De acuerdo con el grado de autonomía que tienen los usuarios para satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, los centros residenciales de la tercera edad se clasifican en válidos, asistidos y mixtos. Las residencias de válidos se destinan para todas aquellas personas que por sus condiciones físicas y psíquicas mantienen un alto nivel de autonomía para llevar con normalidad la vida cotidiana. Las de asistidos, acogen a aquellos ancianos que están afectados de una incapacidad permanente y demandan la asistencia de terceras personas, mientras que las mixtas son aquellas que cuentan con servicios e instalaciones para acoger a ambos colectivos.

Las residencias en Galicia son mayoritariamente de tipología mixta (44,93%), aunque no se sabe con precisión el número de camas que destinan a cada una de las categorías, seguida a una distancia próxima por las de válidos (37,20%) tal y como figura en el cuadro de la página siguiente.

En las últimas décadas hemos asistido a un importante aumento del número de establecimientos residenciales y de camas, pero a pesar de este incremento las plazas siguen siendo muy escasas para aquellos ancianos que presentan cierto deterioro en la autonomía y en la independencia. Sólo son 17 las residencias específicas para asistidos, frente a las 77 y 93 destinadas a válidos y mixtas respectivamente, que ofertan 1.934 plazas que

56 En A Coruña: Eume y Noia; en Lugo: Chantada y Sarria; en Ourense: Ourense, Terra de Trives, Valdeorras y Viana; y en Pontevedra: O Baixo Miño.

suponen el 14,77% del total de las institucionalizadas. No obstante la oferta real es mayor, pues en los valores ofrecidos no se contabilizaron las plazas que destinan los establecimientos mixtos para mayores con dependencia funcional.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESIDENCIAS SEGÚN EL GRADO DE AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS				
TERRITORIO	Válidos	Asistidos	Mixtas	Sin datos
A Coruña	35,29	5,88	45,59	13,24
Lugo	31,25	6,25	50,00	12,50
Ourense	37,74	13,21	43,40	5,66
Pontevedra	42,59	5,56	42,59	9,26
GALICIA	37,20	7,73	44,93	10,14

FUENTES: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia. Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

La creciente proporción de los mayores de ochenta años –colectivo que presenta una mayor probabilidad de padecer enfermedades que producen incapacidad– y el interés por alcanzar el objetivo del *envejecimiento activo*⁵⁷ propuesto por la Organización Mundial de la Salud, están obligando a replantear la política sociosanitaria de atención a los mayores en las diferentes comunidades autónomas. En el caso concreto de la Administración gallega, en el mes de abril del presente año se anunciaba la puesta en marcha de un *Plan de Mellora Integral dos Centros Públicos da Terceira Idade*, que prevé reformas estructurales en 26 establecimientos públicos para ancianos⁵⁸, aunque en el momento de la presentación, en septiembre de este año, quedaron reducidos a 15. El objetivo de esta iniciativa, en palabras del vicepresidente de la Xunta, *es deixar atrás o déficit estrutural en materia de atención ás persoas maiores en situación de dependencia*⁵⁹, por medio de la creación de nuevas plazas específicas o habilitando, previa reforma, algunas de las destinadas para válidos. En definitiva asistimos a una *reconversión* de las residencias de la tercera edad en respuesta a actual demanda del mercado: del secular criterio de creación de plazas para personas con alto grado de autonomía pero con problemas socioeconómicos, se pasa a la dotación para mayores con dependencia funcional o cognitiva.

57 O.M.S. (2002): Envejecimiento activo: Un marco político. En: *Rev. Española de Geriatría*, nº 37.

58 Vicepresidencia iniciará este año un Plan de Mellora Integral de 26 centros públicos para a terceira idade en toda Galiza En: *Novas Xunta, Vicepresidencia*, martes 4 de abril de 2006. <http://vicepresidencia.xunta.es>

59 Galicia contará con 1.140 nuevas plazas para mayores dependientes (2006). En: *La Voz de Galicia* del 9 de septiembre.

Siguiendo con la tradición impuesta por el desarrollo de la beneficencia decimonónica, las entidades prestadoras de servicios de atención a los mayores pueden ser la Administración autonómica, las entidades locales y las de iniciativa privada. Por lo que a las de titularidad pública se refiere y de acuerdo con la Ley de Servicios Sociales de 1993, los centros propios de la Xunta se crean por decreto y es precisa una orden de la *consellería* competente para el inicio de sus actividades, mientras que los dependientes de las entidades locales además de cumplir con este requisito, precisarán de un permiso específico en el supuesto de que pretendan cesar en el ejercicio de las mismas⁶⁰.

De las 207 residencias contabilizadas en Galicia el 19,32% es de titularidad pública y el 80,68% restante está gestionado por el sector privado. El menor interés de los agentes mercantiles en la provincia de Lugo se compensa con un mayor esfuerzo inversor por parte de las administraciones públicas, cuyos resultados se traducen en una participación de propios del 37,50% a finales del primer semestre del presente año, que equivale a una oferta de 1.296 camas, un volumen que permanece tres puntos por debajo de la mitad de la oferta provincial.

El reparto entre las Administraciones arroja un saldo favorable a la autonómica frente a la municipal, en razón de 60% a 40%, porque asumió el control de las que dependían de los poderes centrales –INAS o Seguridad Social– tras el traspaso de competencias. A escala provincial se mantiene la misma tendencia, salvo en la de Pontevedra, en la que los ocho establecimientos se reparten al 50%.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESIDENCIAS PUBLICAS POR TITULARIDAD		
AMBITO TERRITORIAL	Xunta de Galicia	Concellos
A Coruña	66,67	33,33
Lugo	58,33	41,67
Ourense	62,50	37,50
Pontevedra	50,00	50,00
GALICIA	60,00	40,00

FUENTES: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia.
Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

Tradicionalmente las entidades locales vienen encargando la gestión de los centros de su titularidad a institutos de vida consagrada, aunque en estos últimos años el envejecimiento de las comunidades religiosas por la escasez de vocaciones está provocando el abandono de estas actividades y el consiguiente retorno de la gestión al ayuntamiento. Retorno al que, en ocasiones, las arcas municipales no pueden hacer frente, como

60 LEI 4/1993, do 14 de abril, de Servizos Sociais, art. 30 (D.O.G. nº 76, do 23 de abril de 1993) y DECRETO 243/1995, do 28 de xullo, polo que se regula o réxime de autorización e acreditación de centros de servizos sociais, art. 6.b. (D.O.G. do 21 de agosto de 1995).

ha ocurrido muy recientemente con la residencia Dolores Díaz Dávila en Ortigueira⁶¹, de cuyos gastos se hará cargo la Administración autonómica⁶². La ejecución en común de servicios geriátricos por varias entidades locales no sólo evitaría estas situaciones sino que permitiría optimizar mejor los recursos disponibles y conseguir unos estándares de calidad más elevados. Hasta el presente y para este fin, sólo ha ejercido este derecho de asociación reconocido por el artículo 44.1 de la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local⁶³, la *Mancomunidade das Terra do Navea-Bibeí*, integrada por los *concellos* de Trives, Manzaneda y San Xoan de Rfo, sobre la que recae la titularidad jurídica y la gestión de la residencia de la tercera edad de Pobra de Trives.

La asistencia social de agentes privados se está convirtiendo en una de las principales proveedoras de cuidados de los ancianos y de un modo especial en el ámbito de la atención institucionalizada. De acuerdo con lo estipulado por la legislación vigente, las residencias geriátricas de titularidad privada, además de cumplir con los requisitos de los establecimientos públicos, *precisarán para a creación ou construción de centros*⁶⁴, *así como para a modificación substancial*⁶⁵ *deles, autorización administrativa previa*⁶⁶. En el momento de la redacción de este trabajo se contabilizaron 167 establecimientos asistenciales de titularidad privada, 61 de los cuales son de iniciativa social⁶⁷ y los 106 restantes tienen ánimo de lucro.

61 El concello –de Ortigueira– amenaza con cerrar el asilo si la Xunta no asume sus costes. En: *La Voz de Galicia* de 12 de septiembre de 2006.

62 La Xunta de Galicia, a través de la Vicepresidencia de Igualdade e do Benestar, *firmará un convenio con el concello que hará oficial el traspaso de la gestión del centro de la tercera edad. La residencia ortegana formará parte de un consorcio creado por la Xunta con el objetivo de gestionar residencias de ancianos públicas*. El consorcio al que se refiere es al *Consorcio Galego para a Xestión dos Servizos de Igualdade e Benestar*, constituido entre a Vicepresidencia da Xunta e a FEGAMP en abril del presente año, con el objetivo de fijar la participación y colaboración de la Xunta y los ayuntamientos en la dirección, evaluación y gestión de los servicios sociales de ámbito local –primarios y especializados–, con especial atención a las escuelas infantiles y los centros para mayores. Vicepresidencia recalca que gestionará pronto las residencias de ancianos. En: *La Voz de Galicia* de 13 de septiembre de 2006.

63 LEY 7/85, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local (B.O.E de 3 de abril de 1985, y corrección de errores del 11 de junio de 1985).

64 Por creación de centro se entiende tanto la edificación de uno de nueva planta como a aquellas reformen que por su naturaleza signifiquen un cambio de destino en el inmueble (art. 14.1). DECRETO 291/1995, do 3 de novembro, polo que se desenvolve a LEI 4/1993, do 14 de abril de servizos sociais, no relativo ós rexistros de entidades prestadoras de servizos sociais (D.O.G. do 14 de novembro de 1995).

65 *Considérase modificación substancial dun centro os cambios na súa estrutura funcional ou na súa capacidade asistencial en máis dun 25%, sempre que afecte a un mínimo de 10 prazas* (art. 14.2). DECRETO 291/1995, do 3 de novembro, polo que se desenvolve a LEI 4/1993... (D.O.G. do 14 de novembro de 1995).

66 DECRETO 291/1995, do 3 de novembro, polo que se desenvolve a Lei 4/1993... (D.O.G. do 14 de novembro de 1995).

67 De acuerdo con la LEY 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo (B.O.E. de 24 de diciembre de 2002), se consideran como entidades privadas sin fines lucrativos a aquellas que persigan fines de interés general, entre otros, los de asistencia social e inclusión social, y promoción y atención a las personas en riesgo de exclusión por razones físicas, económicas o culturales, siempre y cuando destinen a la realización de dichos fines al

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESIDENCIAS PRIVADAS DE ANCIANOS POR CATEGORÍAS		
TERRITORIO	Interés Social	Privadas
A Coruña	19.64	80.36
Lugo	45.00	55.00
Ourense	66.67	33.33
Pontevedra	23.91	76.09
GALICIA	36.53	63.47

FUENTES: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia. Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

La distribución espacial de las residencias con fines lucrativos en Galicia refleja una tendencia a la concentración en las provincias atlánticas, relacionada con la mayor demanda de servicios asistenciales de la vejez en las ciudades y en sus entornos inmediatos, a pesar de que los índices de envejecimiento son los menos acentuados. En esta amplia demanda concurren diversos factores, tales como, el menor tamaño de las familias en general y el incremento paulatino de los hogares monoparentales –encabezados por mujeres– y unipersonales formados por personas de 65 y más años; la mayor separación geográfica entre generaciones por las actuales pautas de movilidad de los jóvenes; y, fundamentalmente, por los cambios recientes en el rol social de la mujer y su progresiva incorporación a la población ocupada, que provoca la mercantilización de muchas funciones, como por ejemplo el cuidado de los ancianos, antes reservadas a la esfera familiar –o mejor dicho a la mujer dentro de la familia–, un proceso que por mentalidad está todavía menos acentuado en el mundo rural. No obstante, el potencial de mercado de la población residente en los ámbitos urbanos y periurbano también se relaciona con su mayor nivel de renta, generado muchas veces, por la propia incorporación laboral de la mujer.

A pesar de las diferencias, en los últimos años se constata que la oferta privada mantiene una tendencia al alza en la envejecida Galicia interior, no sólo por la demanda potencial sino también por la influencia que ejercen otros factores en la localización de los centros de la tercera edad, tales como la calidad ambiental –en relación con la calidad de vida– o la nueva política sociosanitaria de los mayores, que gira en torno al domicilio y al medio geográfico y social. Cuando la institucionalización se convierte en una alternativa necesaria, los especialistas recomiendan que el tamaño de las residencias sea

menos el 70% de las rentas e ingresos. A este respecto y en referencia a las residencias de ancianos privadas de iniciativa social, la ley de servicios sociales de 1993, en su artículo 32.2c, aclara que *non obstará para a consideración de carencia de ánimo de lucro o feito de que as ditas entidades perciban contraprestación dos usuarios, sempre e cando da análise global do seu balance económico final no se deduza a obtención de beneficio.*

reducido y que estén ubicadas en un entorno familiar para los usuarios, para facilitar su adaptación y evitar en lo posible el deterioro de su autonomía, dignidad y autoestima.

Entre las instituciones privadas de interés social para la atención asistencial de los ancianos tienen una especial relevancia los antiguos asilos, localizados por norma general en el interior de las ciudades y en las *vilas*, cuya titularidad es ejercida por diversas instituciones de la Iglesia o por fundaciones filantrópicas⁶⁸. Entre estas últimas destaca la Fundación San Rosendo en Ourense con una oferta de 1.215 plazas (el 93,09% de las mismas en la provincia de Ourense) y entre las religiosas el Instituto de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados con 15 residencias⁶⁹ y 2.216 camas repartidas por las cuatro provincias, que suponen el 8,98% y el 25,37% de las instituciones y las plazas residenciales privadas respectivamente.

RESIDENCIAS DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS EN GALICIA EN RELACIÓN CON LOS CENTROS DE TITULARIDAD PRIVADA				
TERRITORIO	Centros	Plazas	% Centros	% Plazas
A Coruña	5	814	8.93	25.32
Lugo	3	418	15.00	32.26
Ourense	3	504	6.67	21.35
Pontevedra	4	480	8.70	25.78
GALICIA	15	2.216	8.99	25.37

Fuentes: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia.
Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

Tres hechos han tenido especial trascendencia en el ámbito de la política social en España en el último cuarto del siglo XX: la implantación de un sistema público de servicios sociales, el protagonismo creciente de las entidades locales en materia asistencial y de prevención –en el marco del proceso de descentralización política– y la tendencia creciente de los agentes públicos a aumentar la concertación con entidades privadas. A este respecto, la ley de servicios sociales de 1993 establece que la *Administración*

68 El derecho de fundación para fines de interés general, con arreglo a la ley, está reconocido por el artículo 34 de la Constitución y fue regulado por las leyes 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada de interés general, y 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones.

69 Las Hermanitas inician su andadura en Galicia en Santiago en mayo de 1878 haciéndose cargo de la gestión del asilo de Carretas y fundando el del Camino Nuevo (hoy trasladados ambos a San Marcos); en 1882 fundan Tuy y Coruña; en 1883 Vigo, Caldas; en 1884 Ourense; en 1885 Lugo y Pontevedra; en 1887 Monforte; en 1897 Mondoñedo (suprimido); en 1901, Carballiño; en 1903 Viveiro, y Rivadavia (suprimido); 1904 Pontedeume; en 1912 Betanzos; en 1933 Foz (suprimido); en 1939 Cambados; y en 1967 Narón. APARICIO OLMOS, E.M. (1984): *Así nacieron las Hermanitas*. Valencia, Tip. Levante, y PELAYO, J. (1958): *La fundadora de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados*. Valencia, Semana Gráfica.

*autonómica podrá concertar prazas nos centros dependentes da iniciativa privada, tanto social como lucrativa, sen que en ningún caso o prezo convido poida supera-lo custo medio das mesmas nos centros públicos na área de actuación correspondente*⁷⁰. Para que una residencia pueda establecer un concierto o percibir ayudas con cargo a los presupuestos generales de la Xunta es necesario que esté debidamente acreditada, entendiéndose por acreditación el acto por el que la Administración le reconoce que está legalmente autorizada y que se ajusta a la planificación y programación general de los servicios sociales de Galicia⁷¹.

El propio Gobierno autonómico, reconociendo la carencia de plazas en los centros públicos para la tercera edad, promulga una Orden en mayo de 1995 por la que se regula el establecimiento de convenios anuales de colaboración –prorrogables tácitamente por años naturales– en materia de reserva y ocupación de plazas en residencias y viviendas tuteladas⁷².

Los centros que mantienen colaboración con el sector público son en la actualidad 37, el 22,16% de los privados, con unos niveles de participación elevados en Orense, Lugo y Pontevedra, en relación inversa con la oferta de camas de la Administración. Aunque la información es precaria, se estima que el número de plazas financiadas –total o parcialmente– por la Xunta a través del régimen de conciertos ronda el millar.

DISTRIBUCIÓN DE LOS CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS		
TERRITORIO	Centros concertados	Camas públicas
A Coruña	7.14	1.204
Lugo	25.00	1.182
Ourense	37.78	764
Pontevedra	23.91	1.202
GALICIA	22.16	4.352

FUENTES: *Guía de equipamientos para mayores* (2002). Santiago, Xunta de Galicia.
Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es>. Encuesta personal y Elaboración propia.

En el año 2000 el Gobierno autonómico puso en marcha el *Cheque Asistencial*⁷³, un nuevo programa de ayudas económica destinado a la *compra* de servicios para la

70 LEI 4/1993, do 14 de abril, de Servizos Sociais, art. 33 (D.O.G. n° 76, do 23 de abril de 1993).

71 DECRETO 243/1995, do 28 de xullo, polo que se regula ..., arts. 30 y 31 (D.O.G. do 21 de agosto de 1995).

72 ORDE do 16 de maio de 1995, pola que se regula o establecemento de convenios de colaboración en materia de reserva e ocupación de prazas, en centros residenciais e vivendas tuteladas para a terceira idade (D.O.G. do 27 de xullo de 1995) e RESOLUCIÓN do 1 de marzo de 1999, da Dirección Xeral de Servizos Sociais, pola que se fixa o prazo para a presentación de solicitudes para a realización de convenios de reserva e ocupación de prazas en centros residenciais e vivendas tuteladas para a terceira idade e se establecen os prezos máximos de praza e día (D.O.G. de 18 de marzo de 1999).

73 DECRETO 176/2000, do 22 de xuño, polo que se regula o programa de atención a persoas maiores dependentes a través do cheque asistencial (D.O.G. de 4 de xullo do 2000).

atención de personas mayores en situación de severa y gran dependencia. Entre las modalidades contempladas está el llamado *Cheque Residencia*, que permite cofinanciar los gastos derivados de la institucionalización de las personas mayores dependientes. No obstante, su difusión es todavía escasa y solamente 16 centros disponen de camas para esta modalidad.

Las residencias de ancianos en Galicia son las principales proveedoras de servicios de atención a los mayores, especialmente a aquellos que presentan algún tipo de incapacidad. No obstante, la alternativa residencial debe ser contemplada como un último recurso por los problemas de adaptación que genera y por el riesgo que supone para la capacidad funcional de los usuarios.