

LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS RESIDENCIALES EN CLAVE DE GÉNERO: ANÁLISIS CONCEPTUAL

RESIDENTIAL GERONTOLOGICAL CENTERS IN A GENDER PERSPECTIVE: CONCEPTUAL ANALYSIS

María Ángeles Quesada Cubo¹

Contratada Predoctoral FPU en Trabajo Social y Sociología

Universidad Pablo de Olavide – (España)

maquecub@upo.es

Resumen: Fruto de una serie de cambios demográficos, sociales, políticos, culturales... se ha producido un importante cambio en la pirámide poblacional y las proyecciones demográficas muestran un crecimiento continuado. Ello vinculado a la ruptura del modelo tradicional de cuidados de personas dependientes asignados socialmente a las mujeres ha dado lugar a un incremento en las necesidades de atención residencial a las personas mayores y los centros residenciales han experimentado una evolución notable en los últimos años. Partiendo de la gerontología feminista, se trata de poner de manifiesto públicamente lo que se considera un problema de toda la sociedad: la organización de la provisión de los cuidados. Se propone repensar la responsabilidad moral y política del cuidado para que sea considerado una cuestión central del diseño de las políticas sociales y las diferentes intervenciones del Estado de bienestar. Además, se analizan los centros gerontológicos —incidiendo en el tamaño, titularidad y gestión— permitiendo identificar las necesidades y potencialidades con respecto a la integración del enfoque de género en su organización y actuaciones.

Palabras clave: Gerontología feminista, Centros gerontológicos, Mainstreaming de género, Cuidados.

Abstract: As a result of a series of demographic, social, political and cultural changes, there has been a significant change in the population pyramid and demographic projections show continued growth. This, together with the breakdown of the traditional model of care for dependent persons socially assigned to women, has led to an increase in the need for residential care for the elderly, and residential centers have undergone a notable evolution in recent years. Starting from feminist gerontology, the aim is to publicly highlight what is considered to be a problem for society as a whole: the organization of care provision. It is proposed to rethink the moral and political responsibility of care so that it is considered a central issue in the design of social policies and the different interventions of the welfare state. Gerontological centers are analyzed - focusing on their size, ownership and management - allowing the identification of needs and potentialities with respect to the integration of the gender approach in their organization and actions.

Orcid1: 0000-0002-3138-7426

Recibido: 7.11.2023

Aceptado: 3.02.2024

Keywords: Feminist gerontology, Gerontological centers, Gender mainstreaming, Cares.

1. Introducción

La creciente longevidad de la población —según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022), las personas mayores de 65 años supondrán el 26% del total de la población española en el año 2037, ascendiendo en 2050 al 30,4%— derivada del incremento de la esperanza de vida y la presencia cada vez más de enfermedades crónicas en las personas de mayor edad, conlleva a las sociedades a un proceso de envejecimiento gradual asociado, a su vez, a índices de dependencia más altos (Meseguer, 2022).

Ello vinculado a la ruptura del modelo tradicional de cuidados de personas dependientes, asignados socialmente a las mujeres (Esping-Andersen, 1993, 2000; Macinnes y Pérez, 2008), ha dado lugar a un incremento en las necesidades de atención residencial, pasando a ser una cuestión prioritaria para afrontar en el presente y futuro más inmediato por el Estado y la sociedad en su conjunto (Meseguer, 2022).

Este artículo como propuesta de marco conceptual, radica en un espíritu reformista y alternativo al tratar de dar respuesta a lo que se formula como un problema de toda la sociedad: la organización de la provisión de los cuidados y el sector gerontológico desde la gerontología feminista. Comienza con una descripción del marco demográfico, recorriendo el origen y desarrollo de los servicios de atención y cuidados a las personas mayores. Continúa con un análisis de los centros gerontológicos incidiendo en la titularidad y tamaño. Se aborda la gerontología feminista, poniendo el foco en la intersección edad y género. Prosigue con una exposición de las políticas de igualdad de género y el mainstreaming en la cultura organizativa. Finaliza describiendo la estructura ocupacional de estos y las relaciones de género, siendo claves para progresar en igualdad.

2. Estado de la cuestión

2.1. Contexto demográfico

El paulatino incremento de centros gerontológicos es un fenómeno multifactorial digno de estudio sociológico como ya indicaba Barenys en 1992.

En los últimos años, se ha asistido a un importante cambio en la pirámide poblacional y las proyecciones demográficas muestran un crecimiento continuado. En

el año 2000, España contaba con un 17% de población mayor de 65 años; en 2016 con un 19% y según el INE se espera que alcance el 25% en 2030 y más de un tercio de la población (37,5%) en 2050, cuando lleguen a la vejez las cohortes del baby boom.

Según Naciones Unidas (2015), se está produciendo una revolución de la longevidad que supone un proceso único e irreversible de la transición demográfica. Destaca el fenómeno denominado envejecimiento del envejecimiento, ya que es la población con una edad superior a 80 años la que más se ha incrementado en las últimas décadas, representando el 6,1% del total de la población; con un 53% de aumento frente al 9,9% del crecimiento total de la población (Pose, 2023).

La esperanza de vida en España muestra un ritmo de crecimiento vertiginoso, siendo el país con la mayor esperanza de vida en la Unión Europea y el tercero del mundo. Según el informe de Naciones Unidas (DESA) *World Population Ageing 2019*, a nivel mundial, la esperanza de vida al nacer de las mujeres supera a la de los hombres en 4,8 años y, en algunas regiones, puede llegar a superar los 6. España, presenta una media de 83,3 años, siendo superior en las mujeres, 85,73 frente a los 80,2 en hombres (INE, 2021).

Una de las grandes paradojas del progreso experimentado en materia de mortalidad es que va acompañado de un crecimiento muy notable de las personas que alcanzan edades avanzadas y, en consecuencia, mayor riesgo de sufrir problemas funcionales (Abellán, 2017). Aunque no hay una correlación clara entre estado de salud y edad, la evidencia muestra una propensión a aumentar la dependencia a medida que aumenta la edad (Montserrat, 2021; Yang y George, 2005).

De esta manera, a partir de los 80 años, una de cada dos personas tiene discapacidad; y entre quienes tienen más de 85 años, una de cada dos es dependiente (INE, 2018). Si se hace una proyección mecánica al año 2030, aplicando el actual peso de las personas dependientes sobre el conjunto de las mayores de 65 años, su número va a aumentar desde 1,4 millones actuales hasta 2,2 millones (INE, 2020). Las mujeres tienen mayor prevalencia de dependencia, y así lo indicaban los resultados de la Encuesta EDAD del INE (2008): siete de cada diez personas dependientes son mujeres, o lo que es lo mismo, una de cada cuatro mujeres mayores de 65 años es dependiente.

El índice de envejecimiento se mide no solo por el número de personas mayores de 65 años sino en relación con el de menores. En España, el cociente del número de personas mayores por cada 100 menores de 16 años es de 118,4 (Triado y Villar, 2008). Así, la variación natural que muestra la diferencia entre los nacimientos vivos y las

muerres en un año pasó a ser negativa en 2012, y disminuyó constantemente desde 2016 hasta -1,1 en 2019 y -2,5 en 2020 (INE, 2021).

2.1.1. La reestructuración de los cuidados: cambios en estructura familiar y tipos de hogar

En España, la organización social de los cuidados coincide con un modelo familista, como el resto de los países del sur de Europa, donde prima el papel central de la familia en el cuidado informal y la débil red de servicios sociales que acarrea una visión asistencialista (Bettio et al., 2006; Lyon y Gluksmann, 2008; Martínez, 2011; Moreno, 2016, como se citó en Instituto de las Mujeres, 2023). Presenta uno de los porcentajes más altos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos de población cuidadora de personas dependientes (OECD, 2011).

Los hogares son la base del sistema y sin ellos la vida y el desarrollo económico y social no serían posibles, dado que asumen la responsabilidad de sostener la vida bajo tres condiciones: se realizan de forma reprivatizada (responsabilidad de lo privado-doméstico y asumidos generalmente de forma no remunerada), feminizados (construidos sobre la base de imaginarios colectivos basados en que son responsabilidad innata de las mujeres) e invisibilizados (Carrasco, 2006; Gálvez, 2021; Mimbbrero et al., 2017). En España, son medio millón las mujeres que no buscan empleo porque cuidan a personas dependientes, frente a cuarenta mil hombres (Carrasco et al., 2014; INE, 2022).

Refleja la paradoja de los cuidados y es que, las personas cuidadoras son esenciales para el bienestar colectivo, sostenimiento social y desarrollo económico empero su trabajo está infravalorado y precarizado (Pérez, 2006; Gálvez, 2021; Instituto de las Mujeres, 2023); perjudicándoles en sus oportunidades de acceder a la salud, el trabajo, la autonomía y proyectos de vida propios (Ezquerro, 2019). Siguiendo a Pérez (2006): *"el capitalismo niega la vida y el patriarcado la carga sobre las espaldas de las mujeres"*.

Se ha identificado la dominancia de una percepción social de los cuidados como una cuestión individual, a resolver de manera aislada, ligada al imaginario ideal de ser cuidado en casa con la familia (Moreno et al, 2016; Ilinca et al., 2022). Existen marcadas diferencias en la autopercepción atendiendo al eje de clase, mientras que en las familias de clase trabajadora se vive como un trabajo que deben asumir en primera persona, las mujeres de clases medias y altas se conciben como 'gestoras de los cuidados', externalizando su provisión mediante la contratación de empleo de hogar mayoritariamente femenino y con un alto porcentaje de origen migrante. Se establecen las cadenas globales de cuidados, donde la interdependencia combinada con la

ausencia de un Sistema Estatal Integral de Cuidados se resuelve en clave de explotación y desigualdad (Hochschild, 2001; Moreno et al., 2016; ONU Mujeres, 2014).

El Instituto de las Mujeres (2023) denuncia que, no hay nada en la vida que iguale tanto a las personas como las necesidades de cuidados, empero, existen grandes desigualdades en cuanto a las posibilidades de acceso real a los mismos. Y es que, los cuidados han sido históricamente tratados desde el mundo de la economía y la política como fenómenos secundarios pertenecientes al ámbito de lo privado y del hogar. Ninguna norma de ámbito nacional con anterioridad a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LADAP) había referido a la figura de la persona cuidadora, siendo su papel asumido por razones afectivas y sin contraprestación y protección jurídica (Ayala, 2020). Desde entonces ha pasado de ser un asunto familiar a ser un deber social (Ayala, 2020; Guerra y Ramírez, 2020).

Como explica Recio (2011), se reduce a un cambio de discurso que se presenta universalista, pero se mantienen las prácticas asistencialistas y los imaginarios familistas (Moreno et al., 2016; Moreno, 2021). Condiciona las preferencias y refuerza el que sean las mujeres las que continúen asumiendo la responsabilidad, adaptando su disponibilidad laboral a la obligación moral, por decisión propia o por no encontrar el marco que facilite su prestación (Yuni y Ariel, 2008; Ayala, 2020), a la vez que, no cuestiona en ningún caso la división sexual del trabajo (Ezquerria, 2011).

En consecuencia, los datos aportados por el Instituto de las Mujeres (2023): 8 de cada 10 personas cuidadoras no profesionales son mujeres (generalmente hijas, madres o parejas). Imposible de obviar el sesgo de género, y es que, por medio de esta medida, han logrado cierta visibilización y reconocimiento de un trabajo arduo y penoso, realizado en el interior del hogar, con grandes costes físicos y psicológicos, pero sin obtener un nivel de rentas suficiente ni cotización a la seguridad social, tampoco tienen regulados descansos, vacaciones o medidas de conciliación (Álvarez, 2021).

Por otro lado, la gestión privada de los servicios desencadena un impacto negativo tanto en la calidad del servicio como en las condiciones laborales (Hernando, 2006). Actualmente, 434.438 personas reciben esta prestación frente a 125.034 que perciben servicios profesionalizados de Ayuda a Domicilio, o 66.068 en Centros de Día (Instituto de las Mujeres, 2023).

En la actualidad, las tendencias demográficas y sociales parecen conducir a un aumento de la brecha entre las demandas de cuidados y la capacidad de proveerlos, lo que se ha denominado: la crisis de los cuidados (Ezquerria, 2011; Hernando, 2006; Setién

y Acosta, 2010); síntoma y resultado de la profundización de las tensiones-divisiones que el capitalismo patriarcal ocasiona y sobre las que se erige, entre privado y público, reproductivo y productivo y, en última instancia, entre la satisfacción de las necesidades humanas y la generación de beneficio económico (Ezquerro, 2011).

Los cuidados se están reestructurando en muchos sentidos, agrupándose los principales factores en tres categorías: sociodemográficos, socio-laborales y político-económicos (Precarias a la Deriva, 2004, Martín, 2008). La interrelación de determinados cambios demográficos (envejecimiento de la población, tasas de natalidad tan bajas que no permiten el reemplazo generacional, incremento de la inmigración), sociales (incorporación masiva y constante de las mujeres al mercado laboral, redistribución de las tareas y responsabilidades entre los miembros de la familia, dispersión geográfica), políticos (restricciones en las atribuciones del Estado de bienestar, mercantilización de servicios) y culturales (secularización, individualización, libertad sexual y mayor autonomía de las mujeres) han alterado de forma significativa esta rígida división de los trabajos entre hombres y mujeres.

A ello se añade un contexto de nuevas y ambiguas configuraciones familiares (descenso de la fecundidad, proporción creciente de parejas sin hijos, cambios en las formas de familia y de convivencia, mayor facilidad para la disolución de parejas...) que desencadena una reducción del tamaño medio familiar —según el Censo de Población, en 2016 era de 2,50 personas por hogar— y una disminución de su potencial cuidador (Lenoir, 2005; Martín, 2008). La ratio de apoyo familiar que muestra la posible relación numérica entre personas mayores de 80 años (en las que la proporción de dependientes es muy alta) y los cuidadores potenciales de 45 a 64 años, (concentración de la mayor parte de las personas cuidadoras), sufrirá una llamativa transformación, de 25 octogenarios por cada 100 personas de 45-64 años en 2020 se pasará a 63 a mediados de siglo (Martínez et al., 2014). Es fácil concluir que esta tendencia general hará cada vez más difícil la vía mayoritaria y tradicional de prestar cuidados o asistencia por parte de la descendencia (Abellán, 2017).

Especialmente hay que hablar de una transformación en el rol de las mujeres. La gran asimetría de género en la manera de combinar el trabajo doméstico y extradoméstico está desapareciendo y esto se notará más en las próximas décadas en las edades maduras, a medida que las alcancen las generaciones de la integración plena e ininterrumpida en el mercado de trabajo. De una mujer activa de cada tres (1980) se pasarán a más de ocho de cada diez (2029).

Es por esto que, a pesar de la crisis de los cuidados presentar el inconveniente más visible que es el vacío de cuidados o la generalización de la dificultad de amplios sectores de la población para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados; la principal potencialidad yace en la visibilización de la insostenibilidad de la organización tradicional del cuidado, así como de la naturaleza inherentemente injusta y parasitaria respecto al trabajo reproductivo de la economía llamada productiva, así como la opresión de género inherente entre ambas esferas (Ezquerro, 2011). Dicha oportunidad, sin embargo, no está siendo aprovechada y el riesgo de lo que Amaia Pérez (2006) denomina un cierre reaccionario de la crisis de los cuidados o, peor aún, de su cronificación y ahondamiento, es cada vez mayor.

De esta forma, para revertir la situación, es imprescindible construir los cuidados como una responsabilidad común de todas las personas y del conjunto de agentes sociales. Los cuidados han de entenderse como un derecho que, además, facilita el acceso a otros derechos (tiempo, empleo, salud, participación política, etc.), pero debe evitarse un acercamiento instrumentalista o que refuerce la división sexual del trabajo. Ha de entenderse como un objetivo en sí mismo y no como un medio para el logro de otros fines (Instituto de las Mujeres, 2023). Si bien, es clave enfatizar que son las instituciones públicas las que han de asumir la responsabilidad primera y última de garantizar el derecho al cuidado. Ello se representa mediante el diamante del cuidado, reemplazando la tradicional espiral.

Desde la literatura feminista, se ha insistido en la importancia de repensar la responsabilidad moral y política del cuidado para que no sea considerado como un asunto de las familias, de las mujeres, si no que sea una cuestión central del diseño de las políticas sociales y las diferentes intervenciones del Estado de bienestar (Durán, 2018; Leira y Saraceno, 2002; Martín, 2008). Así, se ha de incorporar una cultura del cuidado mutuo que lo entienda como derecho colectivo y bien común, desarrollándose de una forma positiva más allá de la frontera de las relaciones personales (Ayala, 2020; Martín, 2008; Tronto, 2015).

2.1.2. Origen y desarrollo de los servicios de atención y cuidados a las personas mayores en España

Los servicios de atención y cuidados a las personas mayores se encuadran en España, desde su inicio y actualmente, dentro del sistema de servicios sociales (Martínez, 2015). El origen del sistema de servicios sociales data de los años 80 tras la aprobación de la Constitución de 1978.

Los modelos de atención y praxis profesional han experimentado grandes cambios. En una primera etapa (anterior a los 70), la atención era fundamentalmente familiar, pero existían algunos recursos residenciales de carácter benéfico y mayoritariamente de órdenes religiosas. Las personas usuarias eran percibidas como "sujetos carenciales" no sólo de salud y recursos económicos, también de capacidades y derechos. El rol profesional era protector y asistencial, instruido desde la idea de la caridad (Casado y Guillén, 2001; Imserso, 2005).

Desde los años 80 la misión se amplió en torno a una atención más integral, incorporándose una visión de las personas usuarias como "portadores de derechos" (Rodríguez, 2006). A partir de los 90 se incorporaron progresivamente las intervenciones psicosociales vinculadas a nuevas disciplinas como la psicología, el trabajo social o la terapia ocupacional. Se consolidó un modelo organizativo de los centros, imperante hoy, inspirado en una visión clasificatoria de las enfermedades de las personas mayores. Ello ha acarreado el obviar las diferencias individuales y reforzar procedimientos de atención uniformes que no contemplan características biográficas y preferencias personales (Martínez, 2011; Zimmerman et al., 2014).

Con carácter general, el esfuerzo e interés en la mejora de la calidad se ha centrado más en aspectos relacionados con la gestión del centro o servicio que en las dimensiones relacionadas con la calidad de la atención (Leturia, 2012). Actualmente se encuentra en un momento de creciente interés hacia la Atención Centrada en la Persona (ACP) pero todavía no cuenta ni con un suficiente desarrollo ni con evidencias de resultados (Martínez, 2015). Cabe poner en valor la ley LADAP dado que acarrea una mejora de la calidad de los servicios al empezarse a exigir unos criterios mínimos (López et al., 2022). Puede considerarse que eleva la dependencia al mismo nivel de importancia en la política social que las otras llamadas 'patas del Estado de bienestar' —sanidad, educación y pensiones—.

2.1.3. Centros gerontológicos residenciales

Promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Norma Técnica de Atención a los Adultos Mayores, que rige en todos los países del mundo, expone que el objetivo de los centros gerontológicos se sustenta en mejorar la calidad de vida de dicha población, atendiendo a sus necesidades básicas, las costumbres que derivan de su identidad cultural y las características propias del contexto (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

Se trata de centros abiertos, tanto hacia fuera, al facilitar la interacción con el medio, como hacia dentro, esto es, fomentando la integración de agentes externos; de

desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional integrada en un plan general de intervención, en el que viven, ya sea de forma permanente o temporal (Dirección General de Mayores, 2021).

Atendiendo a datos recientes del Imsero (2021), el número de plazas residenciales para personas mayores en España ha crecido paulatinamente desde 2010, siendo en este año de 368.805 y en 2021 de 397.443. No obstante, pese a haberse incrementado el número de plazas residenciales a nivel nacional en 28.638, existe un gran déficit de plazas dado que el número de personas mayores de 65 años se ha acentuado en 1,7 millones. Así, el índice de cobertura ha disminuido de un 4,56 en 2010 a un 4,2 en 2021 (ibídem).

2.1.4. Incidencia de la titularidad y gestión

Según datos recientes del CSIC (2021), en España, una de cada cuatro plazas de residencias de personas mayores está gestionada por entidades sin ánimo de lucro. Las entidades privadas gestionan el 60,6% y a cargo del sector público están el 14,8% de las plazas, aunque tienen bajo su titularidad el 26,8%. Según su financiación, 62,7% son públicas y 37,3% privadas.

Pese a haberse producido una ruptura en la dicotomía público-privado con la aparición de nuevas fórmulas mixtas o intermedias de cooperación entre ambos sectores (López et al., 2009), las organizaciones, en general, siguen compartiendo similitudes y diferencias. Refiriéndose a las características del sector público en contraste con el privado, Kaufmann y Frías (1996) exponen que está más reglamentado y definido por leyes, lo cual hace que ante los cambios se presenten más resistencias y dificulte la flexibilidad organizativa (Martínez, 2015). Presenta una necesidad de coordinación interinstitucional, y está más sujeto al escrutinio de los diversos grupos de interés y opinión pública. En cuestiones vinculadas al día a día es frecuente que cuenten con objetivos menos definidos y persigan fines múltiples. Así, la formación del personal suele ser un sustitutivo del incremento salarial.

Asimismo, a diferencia de las privadas, no se puede poner en práctica una selección del personal ni protocolo de recibimiento (Alfama, 2015). En tanto que en éstas prima una actitud paternalista, una escasa ambigüedad de rol y una clara división del trabajo, en las públicas se prefiere el trabajo en equipo y una creciente profesionalización. Miller (2009) ha evidenciado el vínculo existente entre las formas de masculinidad hegemónicas y el impulso del "*managerialism*" en el sector público, que tiene como consecuencia la obstaculización de la progresión laboral de las empleadas públicas. Otras autoras han mostrado cómo estas concepciones de la gestión han tendido a

promover la despolitización y la tecnocratización de las iniciativas de igualdad, al centrarse en la aplicación de criterios de eficiencia mediante técnicas de auditoría y monitoreo que han extendido la lógica economicista a los campos de la ley, el desarrollo social y los derechos (Liebowitz y Zwingel, 2014).

Es por esto, que el sector público tradicionalmente cuenta con mayor proporción de mujeres en espacios de decisión que el privado. El perfil real o simbólico del “gerente masculino” es un elemento consustancial a la lógica del capital predominante en modelos de gestión privada, con o sin fin de lucro, constituyendo el 67% (Connell, 2005; López et al., 2022). Sucede la misma tendencia en puestos de mantenimiento, donde la presencia de éstas disminuye todavía más si son gestionadas por entidades mercantiles; y en la figura de “coordinación de auxiliares de enfermería” siendo más extendido su desempeño, por parte de mujeres, en las residencias públicas, aunque se trate de un equipo donde la presencia femenina puede ser total. De esta forma, el sector privado parece intensificar la segregación en los puestos de gestión y dirección, perpetuando las diferencias de género (Ibidem). En esta línea, con el avance de la privatización, parece extenderse la práctica de prescindir de puestos de trabajo y ocupaciones desempeñadas tradicionalmente por mujeres (López et al., 2022; Roldán et al., 2012).

También existe una marcada diferencia de la gerencia pública en contraste con su homólogo privado: sus políticas suelen estar definidas de manera ambigua, la dimensión temporal suele ser corta, dictada por las necesidades y el calendario político; existen pocos acuerdos acerca de la evaluación; se enfatiza la equidad entre los diversos grupos; se halla más condicionada y limitada por normativas legales, siendo responsable ante muchos superiores (Allison, 1980).

Por otra parte, en contraste con las privadas —donde los familiares delegan los cuidados y exigen en función de su inversión económica—, los familiares tienen escaso o poco protagonismo ya que la mayoría de las veces la carencia de protección social suele ser el pase para su ingreso (Martínez, 2015).

2.1.5. Incidencia del tamaño

Atendiendo al tamaño de los centros, existe una gran prevalencia a nivel nacional del formato macro residencias, lugares donde conviven más de un centenar de personas. Apenas existe una ligera diferencia respecto a su titularidad.

Los datos obtenidos en numerosos estudios apoyan que el tamaño reducido del centro residencial, en cuanto que permite un mejor conocimiento de cada persona y un

trato más individualizado, podría actuar como un facilitador para aplicar modelos de ACP (Díaz y Sancho, 2013; Martínez et al., 2014; Leichsenring y Strümpel, 1998; Rodríguez, 2013; Sancho, 1994).

Algunos estudios sostienen que la influencia de la unidad residencial supera incluso al del nivel organizacional del propio centro (Brownie y Nacarrow, 2013; Stone et al., 2002). Y es que, las pequeñas unidades se asocian a menor incidencia de conflictos, ansiedad y depresión, menor uso de psicofármacos, mayor movilidad y a mejora de la interacción entre residentes y profesionales (Chaudhury y Tofle, 2004; Moller y Knudstrup, 2008; Morgan y Stewart, 1998; Schwar, 2004; Skea y Lindesay, 1996).

Los resultados evidencian que, en los centros de mayor tamaño, se genera una estructura de mandos intermedios para la coordinación y organización, fuertemente masculinizada, de un mayor número de puestos de trabajo que no están tan extendidos en centros residencias de menor tamaño. Por el contrario, en estos últimos se sitúa una mayor representación femenina en puestos de gerencia y otros como terapia ocupacional, fisioterapia, psicología, trabajo social, etc. Igualmente, los puestos de coordinación de auxiliares de enfermería y de servicios de limpieza están ocupados por mujeres en más de un 70%. Así, con un tamaño reducido del centro y una ausencia de niveles intermedios, las relaciones desiguales merman, al existir menos puestos intermedios de coordinación y mando (López et al., 2022).

No obstante, las mini residencias que se podrían contemplar como formato más equitativo en las relaciones de poder, la realidad indica que no es así. La subcontratación en la gestión de los servicios en este tipo de centros es la clave; sus ingresos no hacen viable la posibilidad de independencia en la contratación de su personal. Los puestos de gerencia están estructurados bajo relaciones de poder fuertemente jerarquizadas, estando ocupados en su mayoría por mujeres, delegando en ellas las directrices de gerentes varones. También son los centros donde más se prescinde de profesionales técnicos, siendo figuras profesionales feminizadas. Por consiguiente, las mini residencias gestionadas por empresas privadas son los espacios laborales donde mayor peligro sufren los empleos ocupados por mujeres (Ibidem).

Por otro lado, y que podría marcar gran diferencia, es el obligado cumplimiento de todas las empresas de más de cincuenta personas trabajadoras a elaborar y aplicar un plan de igualdad con el contenido previsto en el Real Decreto 901/2020 (art. 5). Estos son definidos por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres como un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de

realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo.

2.2. Gerontología feminista

Especial mención a la disciplina que investiga el envejecimiento partiendo de los principios de la epistemología feminista. Entre sus objetivos están, el desvelar el carácter socialmente construido de los significados y valores que rodean la vida de las mujeres mayores, analizar las normas culturales y la pervivencia de ciertos prejuicios y preconceptos sociales en los discursos de la ciencia y en las prácticas de los/as profesionales del campo gerontológico, examinar los antecedentes y las condiciones de vida derivadas de la diferencia sexual... (Freixas, 2008; Vadillo, 2019; Yuni y Ariel, 2008).

Necesariamente también una gerontología crítica, en tanto que analiza cómo los factores políticos, económicos y sociales impactan sobre el envejecimiento de las mujeres. Considera que el sexo, la etnia y la clase social son variables sobre las que pivota la trayectoria de cada persona, al predeterminar su posición en el orden social (Beauvoir, 1970,1983; Cole et al., 1993; Gullette, 2000).

Una de sus metas básicas es la habilitación y el empoderamiento de esta población, haciendo visibles los arreglos sociales desiguales que marcan la vida de las mujeres. Reivindica la necesidad de que se estudien y conozcan con mayor detalle sus trayectorias vitales, revisando las lagunas y las inconsistencias que presenta gran parte de la investigación gerontológica actual, víctima de la "ideología de la edad" (Fine, 1992; Freixas, 2008; Yuni y Ariel, 2008; Bernárdez, 2009).

Por otra parte, plantea la necesidad de dar respuesta pública a la organización de la provisión de los cuidados (Martín, 2008). Por ello, propone la corresponsabilidad, como solución personal, y la socialización de los cuidados, como solución política en tanto que constituye uno de los mayores obstáculos para la igualdad (Tronto, 2004; Saraceno, 2004).

Por último, es una disciplina en profundo proceso de cambio, teniendo en cuenta que los factores que hasta ahora caracterizaban a la vida de la población mayor sin duda se van a ver sustancialmente modificados en el corto plazo, con una esperanza de vida creciente y una salud cada vez mejor, además de mayor experiencia laboral, recursos económicos y formativos que sus predecesoras (Vadillo 2019).

2.3. Envejecimiento y desigualdades de género: intersección edad y género

En edades avanzadas el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres y, por ello, se habla de feminización del envejecimiento. Sin embargo, vivir más años no

implica que estas tengan mejor calidad de vida, sino más bien todo lo contrario, los hombres al nacer viven el 83,3% de sus años de esperanza de vida en condiciones de salud frente al 77,9% de las mujeres (INE, 2020). Es decir, las mujeres viven más años, pero en peores condiciones de salud (Mora, 2021).

La salud es distinta porque existen factores biológicos tanto genéticos, hereditarios como fisiológicos que se manifiestan de forma diferente ante ambos sexos. Y desigual porque existen otros factores en parte explicados por el género que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Escuté, 2016). Algunos de los factores que inciden en la salud y el bienestar de las mujeres mayores son: tener un menor acceso a los recursos y un nivel adquisitivo más bajo, asumir tareas de cuidados sin contar con apoyos, tener peores diagnósticos y tratamientos médicos y mayor riesgo de soledad, falta de apoyos y cuidados —según la encuesta de hogares del INE (2019) el 72% de las personas mayores que viven solas son mujeres y esto se debe, en gran parte, a una mayor esperanza de vida, pero también a que las que se quedan viudas se vuelven a casar en menor medida que los hombres, etc.— (Barett, 2005; Freixas, 2008; Matud, 2002).

Es preciso aclarar que existen tres tipos de edad que se relacionan transversalmente con el género (Ginn y Arber, 1996): cronológica, fisiológica y social. Por tanto, no existe un único patrón de envejecer con éxito, debiendo verse como una interrelación constante del tiempo vital, el tiempo definido socialmente y el tiempo histórico (Baltes, 1998; Monreal et al., 2009).

Así, el género es un determinante transversal del envejecimiento activo y refleja enormes desventajas en las mujeres debido a su dedicación familiar, las barreras culturales, la falta de apoyos sociales y la baja autoestima (Mora, 2021; Oliva, 2022). Los factores que más influyen en la calidad de vida en esta etapa son la salud emocional y física previa, la situación social, los acontecimientos vitales estresantes y las creencias sobre la menopausia y el envejecimiento femenino en la cultura a la que se pertenece (Muñoz y Espinosa, 2007). Es por esto, que las desigualdades que afectan a las mujeres mayores son un fiel reflejo de las que existen a lo largo de su vida (Covey, 1988).

Prevalen los prejuicios sociales (Beauvoir, 1970; Freixas, 1997; Durán, 2014) y se enfrentan a distintos tipos de discriminación estructural y violencia —física, sexual, financiera y psicológica, abuso y abandono— fundamentada tanto en su edad como en el hecho de ser mujeres, lo que lleva a algunas tendencias a hablar de doble discriminación (Calasanti et al., 2006; Leyra y Roldán, 2013; Moya, 2004). Además, la

raza, la clase, el nivel educativo, el estado de salud o la discapacidad pueden aumentar el impacto (Mora, 2021).

Butler (1969) describe el término “edadismo” como un estereotipo negativo, que discrimina sistemáticamente a las personas por el hecho de ser mayores, llevando a considerarlas como un grupo social relacionado con atributos no deseados y peyorativos, más allá de lo que la evidencia cotidiana puede mostrar como cierto; provocando que el envejecimiento se perciba como algo ajeno a nuestra identidad. Según el primer *Informe mundial sobre el edadismo*, publicado por la OMS (2021), una de cada dos personas son edadistas. Por su parte, la medicalización de la gerontología ha oscurecido las imágenes positivas de la edad mayor (Freixas, 2008; García et al., 2001).

Pese a que la OMS, desde finales del siglo pasado, promueve y defiende el envejecimiento activo, entendido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida (Ramos et al., 2016), y los enormes pasos dados para alcanzar la igualdad —por ejemplo, en España, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y el Pacto de Estado contra la Violencia de Género—, las realidades específicas que afrontan las mujeres mayores a nivel nacional e internacional siguen estando invisibilizadas (Mora, 2021). Se observan lagunas importantes en los aspectos relacionados con el derecho a la salud, ya que no tienen en cuenta las distintas realidades y situaciones de mujeres (Ibidem).

2.4. Mainstreaming de género

El Mainstreaming (MG) o transversalidad de género definida en la IV Conferencia Internacional de la mujer en Beijing (1995), se ha reconocido fundamental dentro del ámbito internacional para implementar el principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas públicas (Bonder, 2012; Gálvez y Rodríguez, 2011). Parte de la asunción de que las desigualdades son estructurales y que se tendrá que incluir en toda política que se haga desde la administración.

Desde 2012, todos los países disponen de organismos permanentes para la promoción de la igualdad de género, aunque no todos ellos los sitúan en el mismo nivel político y administrativo, ni les atribuyen las mismas funciones, ni se implican en la misma medida en el diseño de acciones (Navarro y Sanz, 2021). Su adopción en el contexto español ha implicado no solamente la aprobación de planes y leyes que lo instituyen como enfoque clave de actuación, sino también la puesta en marcha de

herramientas que inciden en aspectos cruciales como los procesos administrativos o estructuras organizativas (Alfama y Alonso, 2015).

Se ha consolidado la igualdad de género como política sectorial y se ha avanzado en áreas clave como la violencia de género, la desigualdad en las condiciones de trabajo o la atención a la dependencia, a través del desarrollo de normativa estatal y autonómica, junto con un notable despliegue de iniciativas locales. No obstante, no se ha conseguido materializar este compromiso de la forma esperada y los avances han sido parciales y lentos (Alfama, 2015; De Villota, 2011).

Son múltiples los estudios que apuntan a la presencia de una dislocación entre su adopción y puesta en práctica, detectando que el compromiso con la igualdad ha sido más bien retórico e implementado de manera desigual. Ello es así porque los cambios significativos dependen en última instancia de la voluntad de las personas que participan en su elaboración (Alfama y Alonso, 2015).

La relación entre género e instituciones se concibe como bidireccional: no solo las instituciones y la política tienen dimensión de género, sino que pueden ser "generizadas". O sea, pueden ser objeto de iniciativas específicas de transformación para convertirlas en más equitativas e inclusivas (Chappell y Waillen, 2013). De esta forma, las instituciones pueden facilitar la implementación de la gestión transversal de género proporcionando recursos, tiempo, poder para tomar decisiones y formación para poder realizar los cambios necesarios (Mergaert y Lombardo, 2014). El cambio organizacional pro-equidad de género se producirá en la medida en que se comprometan con la erradicación de normas y valores discriminatorios (Navarro, 2007).

Conseguir un cambio efectivo requiere avanzar hacia *policy styles* más estratégicos, horizontales y en red, participativos, y enfocados a las personas beneficiarias en lugar de a los inputs (McGauran 2009). Es imprescindible dar la palabra a quienes tradicionalmente se les ha negado para hacer visibles sus verdaderas demandas, intereses y motivaciones (Mimbrero, 2017). Especialmente, la participación de las mujeres en la toma de decisiones políticas aumenta la calidad de las democracias e influye decisivamente en el diseño e implementación (Navarro y Sanz, 2021).

En suma, el concepto de igualdad se ha convertido en un valor político y un derecho fundamental, lo que obliga a actuar sobre las causas que generan y perpetúan dichas desigualdades; una intervención proactiva que requiere necesariamente de un adecuado diagnóstico para ser eficaz (Navarro, 2021). La eficacia en la lucha contra la desigualdad de género va a depender también del compromiso político de los estados miembros y del grado de sensibilización e involucración de la sociedad civil,

identificando cuáles son los cambios y las necesidades sentidas como prioritarias para la población sujeto (íbidem).

2.4.1. Perspectiva de género en la cultura organizativa de los centros

Como se puede comprobar, la igualdad de género en las personas mayores está ausente, no sólo en los objetivos transversales de las políticas públicas, sino en la falta de referencias explícitas a la situación de doble discriminación y en las medidas de acción positiva dirigidas a compensar dichas desigualdades (Likadi, 2011).

Apenas existen varios estudios que analizan la igualdad de género en los centros residenciales. Uno de ellos, elaborado por Likadi (2011) indican que ocupa un lugar muy secundario entre los valores que rigen la cultura de los centros. Se explica, en parte, por lo extendidos que están los fenómenos como el espejismo de la igualdad, así como por una desigual y deficitaria comprensión de lo que es y lo que implica trabajar desde este enfoque. Arroja luz sobre cómo y dónde pueden estar reproduciéndose estas desigualdades en los centros, reafirmando la conveniencia de comenzar a generar la necesidad de adoptar este enfoque y romper estereotipos muy extendidos al respecto.

Los resultados de M^a Rosa Díaz (2013) muestran que las reflexiones de los/as profesionales sobre las cuestiones de género dibujan una realidad caracterizada por varios ejes axiales: la inexistencia de la perspectiva de género (diferencia sexual adquiere la dimensión de desigualdad) y cómo este explica diferencias en la profesión y en el trato a personas usuarias en los centros. Se interpreta, por un lado, la falta de reflexión profesional al respecto, vinculada a la falta de formación específica y, por otro lado, una incipiente sensibilidad hacia estas cuestiones. Se produce lo que Lagarde (2003) denomina "sincretismo de género", es decir un intento conciliador de las profesionales entre las posiciones patriarcales y las posiciones de igualdad que como resultado genera un conflicto en el que lidian la sobrecarga y la inequidad y todo ello ante el "velo de la igualdad", es decir no percibir las desigualdades. Concluye, que es necesario desarrollar estrategias que garanticen la igualdad de oportunidades de género tanto para la práctica profesional como para la interacción con usuarios/as.

Por su parte y tras un análisis exhaustivo, la única institución que ofrece datos al respecto es Aitana Menni. Su director, Ezquerro, explicó que la transversalidad conlleva cambios de procedimiento para satisfacer de forma equitativa las necesidades de ambos sexos. Se centran en revisar las estructuras y formas de organización para erradicar, desde su base, los elementos que hacen que se mantengan estas desigualdades, tanto en lo relativo a la relación con personas usuarias, como con relación a familiares y personas trabajadoras (Ortega, 2019).

2.5. Estructura ocupacional de los centros: desigualdades de género

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2019) constata a nivel nacional la general feminización del sector, alcanzando un peso porcentual de mujeres del 89,3%, y siendo globalmente uno de los más feminizados de nuestra economía. Sin embargo, los centros se constituyen como organizaciones fuertemente jerarquizadas, con una estructura ocupacional vertebrada por relaciones de género desequilibradas que tienden a relegar a las mujeres a un papel subalterno (López, 2022); desmintiendo la creencia bastante generalizada de que la mera presencia de mujeres asegura la igualdad de género (Agra, 2021; Álvarez, 2021; Zimmerman, 2021).

Los datos reflejan evidencias suficientes para determinar que los puestos con mayor capacidad organizativa y de gestión están mayoritariamente ocupados por hombres. Como ejemplo, 7 de cada 10 puestos de gerencia, posición desde donde se toman las decisiones que condicionan al resto del personal; el 87,5% del equipo profesional de medicina; y más de un tercio de la coordinación de puestos intermedios (López, 2022).

Por el contrario, los puestos asociados a los cuidados y a la esfera social siguen siendo ocupados por mujeres en porcentajes muy altos, encontrándose en una situación de mayor vulnerabilidad, bien por su reducido índice de contratación por parte de empresas privadas de gestión, bien por el cambio legislativo —Decreto 2/2022— que prescinde de la obligatoriedad de contar con estas figuras en las plantillas residenciales (Álvarez, 2021; Rubery, 2015).

Los análisis realizados presentan una realidad laboral tradicionalmente enquistada (Daly y Lewis, 2000): sectores feminizados, que siguen estando en manos masculinas y en un sistema organizado y creado por hombres. Así la construcción androcéntrica de la estructura organizativa conlleva desigualdades derivadas del género de los equipos interdisciplinarios, perpetuándose en una cultura organizacional hegemónica masculina (Cuesta y Kaufmann, 2007; Díaz et al., 2006; Frutos et al., 2016; Roldán et al., 2012).

3. Conclusiones

Cabe destacar el carácter pionero e innovador de este marco conceptual. Resulta necesario generar conocimiento con respecto a cómo se sustenta la desigualdad en lo material, simbólico y prácticas cotidianas, y, por consiguiente, examinar este ámbito inédito de investigación e intervención para la igualdad.

Avanzar en la igualdad no solo supone poner en el centro a las personas que reciben estos servicios residenciales sino en las personas que los prestan. Puesto que, si se demanda un cambio de modelo, se ha de centrar también en el personal que cuida y protege a las personas usuarias, dignificando laboralmente dichas prestaciones, que en su mayoría han sido invisibilizadas y menospreciadas. Además, de examinar la segregación ocupacional y las discriminaciones indirectas que aún perduran.

La principal contribución se halla en entender las organizaciones como sistemas culturales inherentes a la cultura de género organizativa, constituidos por personas que colaboran en su mantenimiento o transformación, esto es, en la producción y reproducción de las desigualdades. La formación y el desarrollo de competencias en igualdad de género producirán un gran impacto social en tanto cuanto se produzca un cambio de actitud profesional y suponga el autorreconocimiento genérico apartado de determinismos biológicos.

Se pretende que sirva de base como marco conceptual, encaminándose a diseñar estrategias concretas que hagan de estos centros elementos activos en la promoción de la igualdad de género, creando una cultura organizacional que promueva la equidad entre mujeres y hombres tanto en el ámbito laboral y prácticas de atención como en otros entornos sociales de los que forman parte los sujetos de estas organizaciones. En este proceso, es clave reconocer y considerar las necesidades y la calidad de los servicios siguiendo los principios de universalidad, progresividad, solidaridad y corresponsabilidad (ONU Mujeres, 2022)

El último fin, y citando a Barenys (1992:12) sería: *“que las personas mayores no sientan tan desplazadas en la sociedad que, aunque parezca redundante por sabido no por ello menos cierto, contribuyeron a construir”*.

4. Bibliografía

- Abellán, A., Pérez, J., Ayala, A., Pujol, R. y Sundström, G. (2017) en Blanco, A., Chueca, A. y López, J.A. Informe España 2017. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino.
- Agra, B. (2021). Riesgos laborales en una ocupación altamente feminizada: atención sanitaria y socioasistencial en residencias de la tercera edad. *Lex Social*, 11 (2). <https://doi.org/10.46661/lexsocial.5967>
- Alfama, E. (2015). Género, poder y Administraciones públicas: sobre la (im)posibilidad del cambio hacia una mayor igualdad. Una revisión de la literatura. *Revista Española de Ciencia Política*, 39: 263-287.

- Allison, G. (1980). *Public and private management: are they fundamentally alike in all unimportant respects?* Cambridge, MA: John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- Alvarado A. y Salazar Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, H. (2021). Precariedad del trabajo retribuido de cuidados: origen y mecanismos de solución. *Lex Social*, 11 (2).
- Ayala, C. (2020). La importancia del cuidado: el cuidador informal, los empleados del servicio doméstico y cuidadores domésticos internos. *Anuario jurídico y económico escurialense*, 53: 139-154.
- Barenys, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40: 121-135. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v40no.1687>
- Baltes, P., Lindenberger, U. y Staudinger, U. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon (Ed.), *Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Calasanti, T. y Slevin, K. (2006). *Age matters*. New York: Routledge.
- Casado, D. y Guillén, E. (2001). *Manual de Servicios Sociales*. Madrid: CCS.
- Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015). Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Chappell, L. y Waylen, G. (2013). Gender and the Hidden Life of Institutions. *Public Administration*, 91 (3): 599-615.
- Connell, R. (2005). Advancing Gender Reform in Large-Scale Organisations: A New Approach for Practitioners and Researchers. *Policy and Society*, 24 (4): 5-24.
- Daly, M., y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
- De Villota, P. (2011). El impacto de la crisis económica en los tributos y en la sostenibilidad del nuevo modelo social en España: Aproximación desde una perspectiva de género. *Investigaciones feministas*, 2: 71-94.
- Díaz, R.M. (2013). Trabajo Social y discapacidad intelectual. Una perspectiva de género en centros residenciales y de día. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13: 47-58. <https://doi.org/10.5218/prts.v13i1.21602>

- Dirección General de Mayores (2021). *Modelos de alojamientos alternativos para personas mayores*. Madrid: Familias, Igualdad y Bienestar Social.
- Durán, M.A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València.
- Escuté, P. (2016). *Desigualdad de género en salud* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=s_n5FeOS36U
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar*. Edicions Alfons el Magnànim.
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2: 175-187. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/38610/37335>
- Fine, M. (1992). *Disruptive voices: The possibilities of feminist research*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Freixas, A. (2004). Envejecimiento y perspectiva de género. En E. Barbera e I. Martínez (Eds.), *Psicología y género* (pp. 325-252). Madrid: Pearson.
- Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *The UB Journal of psychology*, 39 (1): 41-57. <https://doi.org/10.1344/0625x>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Frutos, M. D., Viedma, A., y Val, C. (2016). El trabajo en prisión ¿Reproduce las desigualdades de género? *Sociología Del Trabajo*, 87: 89-117.
- Gálvez, L. (2021). *Sobre tiempos convulsos. Artículos de presa (2016-2021)*. Sevilla: Deculturas Ediciones.
- García, C., Solano, A. y Álvarez, M. (2001). Perspectivas en la salud de las mujeres: un enfoque epidemiológico. En C. Flecha y M. Núñez (Ed.), *La Educación de las Mujeres: Nuevas Perspectivas*, (pp. 303-318). Universidad de Sevilla-Secretariado de Publicaciones.
- Ginn, J. y Arber, S. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.
- Guerra, M.D., y Ramírez, M.I. (2020). Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. *Gerokomos*, 31 (4).
- Ilinca, S., Simmons, C. y Lucius, A. (2022). Actitudes, experiencias y expectativas en los cuidados de larga duración en España. *InCARE*.

- Instituto de las Mujeres (2023). Documento de Bases por Los Cuidados. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). Perfiles y tendencias. Midiendo el progreso: Indicadores para las Residencias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2022). *Centros Residenciales*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Proyecciones de Población 2022-2072*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2017). *Actividad de asistencia en establecimientos residenciales*. Madrid: Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Kaufmann, A.E. y Frías, R. (1996). Residencias: lo público y lo privado. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 105-126. <https://doi.org/10.2307/40183843>
- Leichsenring, K. y Strümpel, C. (1998). *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.
- Leyra, B. y Roldán, E. (2013). Reflexiones feministas sobre las mujeres mayores, el envejecimiento y las políticas públicas. *Aproximaciones al caso español*, 28: 103-117.
- Liebowitz, D. y Zwingel, S. (2014). Gender Equality Oversimplified: Using CEDAW to Counter the Measurement Obsession. *International Studies Review*, 16 (3).
- Likadi (2011). Estudio de impacto de género de los centros residenciales y de atención diurna para las personas con discapacidad en situación de dependencia en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Junta de Andalucía.
- López, A., López, J.L., Jareño, P., Moya, E.M. (2009). Influencia de los modelos de gestión en la calidad de vida profesional del personal cuidador en residencias. *Enfermería Clínica*, 19 (5): 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.04.005>
- López, S., Candela, P. y Sánchez, M.C. (2022). Residencias de Mayores: un sector feminizado donde mandan, cada vez más, los hombres. *Sociología del Trabajo*, 101: 215-228. <https://doi.org/10.5209/stra.81110>
- Martín, M.T. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 45 (29): 29-47.
- Martínez, T., Díaz, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). *Modelo de atención centrada en la persona*. Alava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales.

- Martínez, T. (2011). Urge cambiar el modelo residencial. *N3wes Tercera Edad*, 10.
- Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación*. Universidad de Oviedo.
- McGauren, A.M. (2009). Gender mainstreaming and the public policy implementation process: round pegs in square holes? *Policy & Politics*, 37(2):215–233. 2009.
- Mergaert, L. y Lombardo, E. (2014). Resistance to implementin gender mainstreaming in EU research policy. En Weiner, Elaine and Heather MacRae (eds), *The persistent invisibility of gender in EU policy* (pp- 1-21). European Integration online Papers (EIoP).
- Meseguer, C. (2022). Modelos de titularidad y gestión en los Servicios de Bienestar Social y condiciones laborales. El caso de las residencias de la tercera edad en la Comunidad Valenciana. *RODERIC*.
- Miller, K. (2009). Gendered Nature of Managerialism? Case of the National Health Service. *International Journal of Public Sector Management*, 22: 104-113.
- Mimbrero, C., Pallarès, S. y Cantera, L. (2017). Competencias de igualdad de género: capacitación para la equidad entre mujeres y hombres en las organizaciones. *Athenea Digital*, 17 (2): 265-286.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019). *Para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores*. Ecuador: Gobierno del Encuentro.
- Monreal, P., Del Valle, A. y Serda, B. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Intervención Psicosocial*, 18(3): 269-277.
- Montserrat, J. (2021). La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. *Zerbitzuan*, 73: 45-60. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.73.04>
- Mora, I. (2021). *Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos*. Madrid: HelpAnge España.
- Morgan, D. y Stewart, N. (1998). High versus low density special care units. *Canadian Journal of Aging*, 17, 143-165.
- Muñoz, F. y Espinosa, J.M. (2007). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención primaria*, 40 (6): 305-309. doi.org/10.1157/13123684
- Navarro, B. y Sanz, M. (2021). La transversalidad de género y su poder de influencia. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 127: 39-61. doi.org/10.24241/rcai.2021.127.1.39

- Navarro, N. (2007). Desigualdades de género en las organizaciones: procesos de cambio organizacional pro equidad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Oliva, M. (2022). Envejecimiento activo desde una perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 19. <https://doi.org/10.14422/rib.i19.y2022.003>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Organismos internacionales y envejecimiento.
- Ortega, A. (2019). Ayala aprende cómo implantar la perspectiva de género en residencias de mayores y centros de día. *DocNews*.
- Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5: 7-37.
- Pose, R. (2023). Demografía, condiciones de vida y bienestar. El papel de la cronicidad. *Atlantic Review of Economics*, 6 (1).
- Precarias A La Deriva (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Ramos, A.M., Mirtha, D.C., Miranda, M.A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20.
- Rodríguez, P. (2006). *El sistema de servicios sociales españoles y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Sancho, M. (1994). Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para personas mayores. *Revista de Geriátrica y Gerontología*, 29 (3).
- Skea, D. y Lindsay, J. (1996). An evaluation of two models of long-term residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (3): 233-241.
- Tronto, J. (2015). Democratizing caring and global care responsibilities. En *Ethics of Care*. Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447316527.ch002>
- Vadillo, A. (2019). Gerontología feminista: envejecimiento y género. *PeriFéricas*. <https://perifericas.es/blogs/blog/gerontologia-feminista-envejecimiento-y-genero>
- Yang, Y. y George, L.K. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Aging Health*, 17(3): 263-292. doi.org/10.1177/0898264305276295
- Yuni, J.A. y Ariel, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista argentina de sociología*, 6 (10).

Zimmerman, S., Sloane, P., Cohen, L. y Barrick, A. (2014). Changing the Culture of Mouth Care. *The Gerontologist*, 54: 25-34. doi.org/10.1093/geront/gnt145

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quesada Cubo, M.A. (2024). Los centros gerontológicos residenciales en clave de género: análisis conceptual. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 7, 167-190, doi: 10.6018/iqual.592101

Quesada Cubo, M.A. (2024). Los centros gerontológicos residenciales en clave de género: análisis conceptual. [Residential gerontological centers in a gender perspective: conceptual analysis]. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 7, 167-190, doi: 10.6018/iqual.592101