

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Paradojas de las políticas sociales en salud del
Estado en adultos/as mayores con distintos grados
de autonomía bio-psico-social en el Uruguay actual:
¿qué hacer?**

María Eugenia Sánchez

Tutor: Teresa Dornell

2008

ÍNDICE

Introducción	1
Metodología	1
Justificación	2
¿Uruguay demográficamente “desarrollado”?	3
Concepción de adulto/a mayor y adulto/a mayor dependiente	4
¿Por qué no la institucionalización?	11
Políticas sociales en Uruguay	13
La salud como política social de Estado	15
Políticas sociales en salud, para adultos/as mayores y adultos/as mayores dependientes	19
Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud	20
Programa Nacional del Adulto Mayor	25
Atención a los/las adultos/as mayores con relativos grados de autonomía bio-psico-social. ¿Envejecer en Casa?	32
Banco de Previsión Social	44
Ministerio de Desarrollo Social	53
El/la Trabajador/a Social como profesional de la salud: posibles líneas de intervención en el abordaje del/la adulto/a mayor	56
Reflexiones finales	63
Bibliografía	

“Envejecer viste que a veces no me gusta ser vieja querida a nadie le gustará ser vieja supongo, pero envejecer, ... yo quisiera poder caminar y poder seguir andando en bicicleta porque me encanta andar en bicicleta, sólo le pido a Dios envejecer dignamente pero tampoco sufrir mucho, no me gustaría sufrir mucho.” (Alicia, NSEB)¹

INTRODUCCIÓN

El objetivo general del presente trabajo es analizar las políticas estatales en salud existentes o en formulación para adultos/as mayores, desde el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social y Banco de Previsión Social y como objetivo específico centrarnos en las políticas sociales vigentes o proyectadas en estos organismos, para adultos/as mayores con reducido grado de autonomía bio-psico-social.

Los/as adulto/as mayores más que representar el tramo etéreo de un grupo dentro de la población, forman parte de una construcción social cargada de significados, a partir de la cual se toman decisiones, tanto a nivel del Estado, del mercado, como de la sociedad civil.

Se pretende que las categorías (adulto mayor, adulto mayor dependiente y el trasfondo de las políticas sociales) no se tomen de manera autónoma sino como mediaciones que nos permiten dar cuenta de la salud de esta población. Se observan las políticas sociales para adultos/as mayores, sean o no específicas en salud, pero que hacen a la misma. Son interpeladas las acciones de política social que aborden al/la adulto/a mayor, así como su articulación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Para ello, es necesario problematizar en los cambios del entorno de cuidados (familia, la comunidad) y las implicaciones que tiene actualmente determinaciones como el mundo del trabajo y la política de salud esbozada en el cuidado del/la adulto/a mayor. Se establecen interrogantes a cerca del género y el sistema de cuidados que deben ser contempladas en la formulación de políticas. Se hace referencia al fenómeno de la mercantilización de la atención del adulto mayor dependiente, la focalización de los programas y servicios, concluyendo que los mismos carecen de un enfoque integral que den cuenta del envejecimiento en cuanto a proceso en sí.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica respecto a la población escogida y a las políticas sociales en salud sobre adultos mayores, existentes o en formulación. Asimismo se procede a la recolección de información primaria a partir de entrevistas a informantes calificados representantes de una de las instituciones que implementan y formulan políticas

¹ Cita extraída de Paredes y Col. 2006, p. 45

sociales para esta población. La información primaria no será la constante metodológica sino que, cualitativamente pretende complementar los insumos de la temática a abordar.

JUSTIFICACIÓN

Se cree pertinente abordar la temática del adulto mayor en un momento de la vida social en que el país se ubica a nivel regional, como uno de los más envejecidos demográficamente. El envejecimiento poblacional es una tendencia que se ha venido registrando a mediados del siglo XX en sociedades modernas como efecto del avance radical de la revolución industrial desde fines del siglo XVIII y las prácticas sociales que resultan de este sistema. El modelo de producción capitalista deja sus huellas tanto a nivel de producción material, como humana, tanto en la calidad de la vida, como en su duración. De acuerdo a las particularidades y contradicciones del mundo moderno, la interrogante se da sobre qué lugar y respuestas se atribuyen al/la adulto/a mayor en las actuales condiciones.

Si tomamos el concepto de salud de forma integral y no como la mera ausencia de enfermedad, entonces el ideal no es la cura sino la prevención y la promoción de la salud en los tres niveles de atención. Por ello un adulto mayor con mayores grados de autonomía bio-psico-social requiere una serie de actividades que eviten no sólo las enfermedades sino también, que promueva prácticas individuales y colectivas como la integración, recreación, cooperación, toma de conciencia crítica de la realidad, capacidad de organizarse, proponer y actuar. Lo que interpela es saber cómo actuar preventivamente y promocionalmente cuando el/la adulto mayor ha perdido grados de autonomía bio-psico-sociales –lo que denominaremos adulto mayor “dependiente”-. ¿La promoción implica la integración de este adulto mayor (dependiente) a la familia y la comunidad? ¿cómo y de qué manera? ¿quién debe ayudar al adulto mayor a promover su salud; la familia, la comunidad o las instituciones totales especializadas? Si existen instituciones especializadas de tiempo parcial en la comunidad, ¿hasta dónde hablar de promoción y prevención?

Es así que, lo que se conoce a nivel gerontológico como Adulto Mayor Dependiente encuentra en la realidad determinadas respuestas institucionales de lo que debería ser su protección. Por ello, se pone énfasis en esta población que si bien no es estadísticamente cuantiosa, sí es de problematizarse las respuestas que a nivel de políticas sociales en la órbita estatal se elaboran sobre su situación bio-psico-social.

¿URUGUAY DEMOGRÁFICAMENTE “DESARROLLADO”?

El envejecimiento poblacional como fenómeno, puede ser contextualizado en lo que se denomina “temprana transición demográfica” (Filgueira 1996:7). En nuestro país iniciada a principios del siglo XX cuando descienden los índices de mortalidad y natalidad y aumenta la esperanza de vida.

La capacidad de vivir más, va en correspondencia a la falsa conciencia del “progreso” no sólo técnico y económico, sino también humano: de ahí que los países son “mejores” (desarrollados) cuanto más longevos son, lo cual no da cuenta de la calidad de esos años. La consecuencia de los planes de ajuste y estabilización en pro de ayudar al desarrollo de los países de economías capitalistas dependientes, no sólo no mejoraron la salud de la población sino que aumentaron su empobrecimiento y con ello un deterioro de los modos y la calidad de vida.

Ganar en esperanza de vida es un indicador de “desarrollo humano” –IDH- (Ray 1997:25,26) y este supuestamente deja ver el crecimiento económico y su rendimiento (PBI). Se crean acciones y medidas desde organismos internacionales para elevar indirectamente años de edad (inversión en educación y en salud), tomando esto como mejora en la calidad de vida. Aumentar en años la duración de la vida no necesariamente implica que en ellos se viva de manera decorosa o mejor, o que los medios que se emplean para ello (mejorar educación, nutrición, ingresos, salud, etc.) lleguen en las condiciones y cantidad que debería. Basta de ejemplo nuestro país que siendo uno de los más envejecidos de la región, -para el 2004 contaba con el 17, 7% de la población de 60 y más años y la tendencia es que seguirá creciendo (Paredes; Huenchuan 2006:9)- cuenta con aproximadamente la cuarta parte de los/as ciudadanos/as del país (26%) viviendo en situaciones de pobreza (INE 2008:13).

Aún más, existen estudios que establecen que los primeros años de vida son determinantes para la condición de salud en sus últimos años: “En un país donde la pobreza se concentra en los niños, se pueden prever problemas en la depreciación del stock de salud, por consiguiente en la depreciación del capital humano, menor productividad, y crecimiento de la demanda de cuidados médicos al sector público a medida que envejeczan las cohortes actuales” (Rossi; Triunfo 2004:32). Teniendo en cuenta que el 46,9% de los niños/as menores de 6 años viven en situaciones de pobreza para el 2007 (INE 2008:22) ¿quién será más autónomo (social, económicamente y saludablemente) para asegurar la autonomía de los/as adulto/as mayores dependientes? Se apela a los cuidados realizados por la familia y la comunidad, pero lo cierto es que los ciudadanos del mañana llegarán a la vejez con las secuelas de una vida de deprivación material. A su vez está demostrado que el aumento de la esperanza de vida se corresponde menos con el desarrollo de la medicina clínica y más con las mejoras nutricionales en los primeros años de vida y la expansión de la

educación: se supone que la gente con más años de educación tiende a preocuparse más por el cuidado de su salud y a “utilizar más los servicios de salud” (Rossi; Triunfo 2004:6). Como se sabe existe una asociación directa entre (menor) ingresos y (menor) educación (Filgueira 2001:64,65,95,96) lo que derivaría de acuerdo a lo antes planteado en menor cuidado de salud para los/as ciudadanos/as más pobres.

Aunque nuestro país presente patrones de crecimiento demográfico y una expectativa de vida similar o igual al de los países “desarrollados”; en Uruguay así como en otros países de economías periféricas dependientes (América Latina por ejemplo) los pobres también mueren antes. (González y Grille, 1984)

CONCEPCIÓN DE ADULTO/A MAYOR Y ADULTO/A MAYOR DEPENDIENTE

La concepción que sigue vigente hoy sostiene que envejecer implica dependencia es decir, ir perdiendo niveles de función en el transcurso del tiempo en forma irreversible, entendido esto como disminución en las capacidades físico-psico-sociales que necesitan un “soporte” (entorno de cuidados social y técnico) para desarrollarlas. La disminución en las capacidades físicas o “envejecimiento biológico” implicaría una “reducción de la capacidad para sobrevivir, que culmina en la muerte” (Sánchez, D. 2000:25). El “envejecimiento psicológico”, puede incluir cambios en las destrezas motoras y en el funcionamiento mental y perceptual (memoria y capacidad de asimilar “información nueva” y “nuevas conductas”), (ob.cit. 2000:35). Por último, el “envejecimiento social” donde “usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importante” (Sánchez, D. 2000:36) De ahí la conceptualización de adulto mayor dependiente, con diferentes grados de dificultad para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria y para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria permitiendo distinguir diferentes grados en la misma. Entre las primeras se encuentra el “bañarse, vestirse, usar el inodoro, moverse y alimentarse (...) entre las segundas están las relacionadas al uso del transporte, el poder hacer sus compras, usar el teléfono, controlar sus medicamentos y realizar sus tareas domésticas” (Rossi; Triunfo 2004:12). Esta tipología es fruto de la sedimentación de la concepción biologicista de la vejez donde la edad se convierte en otro criterio médico para identificar patologías en el ser humano (desde el siglo XIX), y que a la vez “llevaron a puntualizar de un modo poco común cada edad como un momento evolutivo apto para realizar o no ciertas actividades o funciones” (Lacub 2003:35) -edad de “producción” y edad de retiro-. Desde allí la temática de la vejez pasó a equivaler a la temática de la salud (o la enfermedad). La emergencia de la Geriátrica en EEUU a principios del siglo XX (Lacub, 2003), se ubica como

reacción a la definición de la vejez en el binomio edad-patología; se trata de contemplar las múltiples determinaciones de las enfermedades en grupos de edad avanzada, añadiendo a la concepción médica, las concepciones de otras disciplinas (sociología, antropología, historia, economía, psicología). (Lacub 2003:35). La Gerontología surge en la segunda mitad del siglo XX –primariamente en EEUU y desarrollándose en países Europeos- cuestionando la concepción médico-referencial y biológico –referencial de la vejez dada por la Geriátrica (Lacub, 2003), revitalizando a otras profesiones en la construcción simbólica del/la “viejo/a” (Lacub, 2003), sobre todo integrando disciplinas en el campo de las Ciencias Sociales – Gerontología Social-. El parámetro médico de normalidad permitía clasificar grupos desviados por edad –adultos mayores- “tratados en tanto objetos o residuos de la sociedad” (Lacub 2003:36). La problematización gerontológico, según Lacub, recoge la movilización de minorías sociales (dentro del que se incluyen los/as adultos/as mayores) que toman visibilidad pública en la construcción de una identidad propia, teniendo como trasfondo el discurso de las libertades y los derechos individuales en el marco del Estado Providencia (idem).

Asimismo, “(...) los estados occidentales desarrollados comienzan a preocuparse en una nueva dimensión de la vejez: el tiempo libre. Dando cuenta de los efectos no esperados de las jubilaciones que dejaron secuelas negativas” (Lacub 2003: 36).

Aparece en gerontología el concepto de “**Tercera Edad**” que abre el abanico de múltiples propuestas en esta “nueva” “etapa” de la vida, interviniendo diversos profesionales, ofertas y mercancías –“empresa del envejecimiento”- (idem). La categoría “tercera edad” desde la gerontología trata de cambiar la denotación de decadencia y padecimiento asociado al término “vejez”. Tercera edad como la etapa –o edad- donde se sedimenta el acerbo de experiencias que permiten la autorrealización. Se tratan de “nuevas formas de categorización que opongan un nuevo vocabulario a un antiguo modo de tratamiento de los viejos” (Brigeiro 2005:6). Así, la idea de “descanso y resguardo” asociados a la jubilación se cambian por “realización personal, entretenimiento y diversión” (idem 2005:6). En tal sentido, surgen programas específicos desde clubes de abuelos, turismo social y la ampliación de la educación a estas edades. “En Latinoamérica, Uruguay fue pionero en desarrollar, en 1983, el proyecto de Universidad Abierta para la Tercera Edad” (idem); en referencia al Programa UNI 3 como organización no gubernamental sin fines de lucro, laica, gratuita y abierta, existente hoy en la mayoría de los países del continente americano. En nuestro país cuenta con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura y de la UNESCO ².

Se pasa de una concepción de exclusión y estereotipia negativa del adulto mayor, a una concepción de “reintegración” social a partir de la actividad, “pero con los efectos

² UNI 3 en Uruguay cuenta con diez locales, a los que asisten 10.000 alumnos en todo el país. La idea original de la Universidad Abierta a la Tercera Edad fue exportada de Toulouse- Francia. Publicación digital www.elpais.com.uy setiembre, 2004

homogeneizadores propios de toda identidad social”, “dentro de un marco rígido de edades” (Lacub 2003: 36).

La gerontología hoy se encuentra interpelada, por lo que sostiene Lacub en cuanto a que, el “argumento que problematice el envejecimiento, ya no aparezca desde el discurso profesional ligado a la salud, sino como la reivindicación de un grupo social minoritario que reclama con mayor vehemencia su lugar en la sociedad, en una demanda por lo que podríamos considerar derechos humanos” (Lacub 2003: 37). A la vez que se promuevan políticas que al reconocer estos movimientos eviten que se replieguen en sí mismos y por tanto que no se autodiscriminen (Lacub, 2003). Con ello, el autor ubica la acuñación del concepto de “empoderamiento” en 1995, por Thursz. El mismo se basa en “la convicción de que debería haber una fuerza alternativa que enfrente los mitos de dependencia de las personas mayores” (Lacub 2003: 37).

El concepto de dependencia rotuliza el envejecimiento en edades, desde una dimensión biológica (enfermedad) que no permite reconocer la heterogeneidad. Dependencia y autonomía no son conceptos opuestos sino que se involucran mutuamente. Desde un sentido ontológico dependencia tiene cualquier ser humano, en cuanto la solidaridad entre las personas (Weinstein, 1989). Entendemos la dependencia como “un fenómeno complejo, (...) que difícilmente es reductible a una única configuración” (Ramírez 2003:44). Por ejemplo, un/a adulto/a mayor puede tener un máximo nivel de función, pero “carece de autonomía para decidir”, porque delega en otras personas las mismas o por tratarse por ejemplo de una situación de abuso (Ramírez 2003:44). Del mismo modo, podemos hablar de autonomía, en tanto la capacidad de actuar y tomar las decisiones sobre la propia vida, aunque autonomía en sentido absoluto no existe por estar atravesada por condicionamientos bio-psico-sociales. La jerarquización de los conceptos de autonomía al calificar “la” “vejez” se encuentra determinada por la construcción del individualismo moderno, que remarca la capacidad de la persona de decidir y actuar libre y conscientemente a partir de su autogobierno (Ramírez, 2003). Esto a su vez se encuentra determinado por la visión de “hombre económico” el cual toma decisiones racionales y eficientes en un aparente contexto sin contradicciones. Es preciso no negar las contradicciones de la sociedad actual, donde la verdadera libertad de elección se encuentra interpelada. Presentar la salud como autonomía y ésta como primacía de la elección individual, puede ser un símil del ciudadano-consumidor “acostumbrado” a elegir y consumir en el mercado (De Martino, 1999). Existen investigaciones que demuestran cómo el poder adquisitivo de los/as adultos/as mayores determina en gran parte su posibilidad de participar en actividades recreativas y asociativas -desplazamiento, vestimenta, etc.- (Sánchez 2000:134). Por tanto, más allá de la oferta estatal gratuita que pueda existir de programas en tal sentido, las características en sí mismas de este paradigma excluiría a adultos/as mayores de bajos ingresos.

Desde la psicología se habla de “**capacidad de ajuste**” (Rosales; Loáiciga 1993:96) en tanto el/la adulto/a mayor logra asimilar y revertir positivamente las “pérdidas” de la vejez. Se entiende por pérdidas la imagen corporal respecto a tiempos anteriores, la actividad laboral remunerada, la “etapa” del “nido vacío” en que los hijos se emancipan del hogar de origen, así como el fallecimiento del compañero/a (con cambios en la conformación del hogar como veremos) y/o de miembros de su grupo de pares (otros adultos/as mayores). De este proceso depende un “**envejecimiento exitoso**” (John Rowe, 1987 en Zolotow, 2005:50), concepto que se alía con el de Tercera Edad ya mencionado. Las manifestaciones de las determinaciones estructurales del mercado de trabajo como la jubilación se traducen en “pérdidas” tanto de roles ocupacionales, como de compañeros de la vida laboral, pero depende del “buen desempeño” del/la anciano/a saldar las mismas, a partir de “mecanismos de entrenamiento y motivación” (Brigeiro 2005:3). De esta noción se desprende el buscar otras actividades que reporten satisfacción al/la adulto/a mayor y permitan el reemplazo de lo perdido. “Es el resultado de optimizar nuestro potencial personal y social, viviendo vidas tan activas, participativas y productivas, saludables y solidarias como nuestras condiciones permitan” (Zolotow 2005:50). “Los ejemplos para lograr un envejecimiento exitoso suenan afines a la perspectiva de la promoción de la salud: si un adulto mayor tiene una buena capacidad física, la preservación de este potencial y su estimulación a través de la práctica deportiva puede reforzar el sentido de bienestar y favorecer la manutención de vínculos sociales” (Brigeiro 2005:3). En consecuencia, “él es el primer responsable por su salud y su enfermedad” (idem). Se considera que las enfermedades y discapacidades en la vejez son consecuencia de determinados hábitos y modismos de vida negativos que al ser modificados de acuerdo a la norma evitan la aparición de las mismas o de encontrarse, poder repararlas. Varios autores expresan la necesidad de una preparación para la vejez a edades tempranas para ajustarse a estos cambios (Rosales; Loáiciga 1993; Sánchez, D. 2000). Así se califican como ajustes inadecuados “el aislamiento social, la depresión; la desorientación; la apatía; limitaciones físicas innecesarias; regresión; inactividad” (ob.cit.1993:96). Una de las críticas hacia la noción del “envejecimiento exitoso” es que se contempla el control individual a la hora de prevenir deficiencias en la salud física, mental y la adaptación a los cambios en la vejez: “envejecer con salud depende de otras condiciones durante el curso de la vida”, “los determinantes de esta no se deben concentrar tan sólo en el individuo” (Brigeiro 2005:5). Otra crítica sobre esta noción, remite a que toma como parámetro “el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven siendo adoptado por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento” (Brigeiro 2005:3). Así, las/os adultas/os mayores que presentan alguna limitación funcional o mental pueden quedar al margen de los programas específicos con este tipo de paradigmas. Hay que agregar la ausencia de observación que estos programas

tienen, de las determinaciones de género e intergeneración, retrayendo la participación de los adultos mayores en un grupo aislado básicamente de mujeres. Al respecto, la sociología de género proporciona algunas hipótesis explicativas (Obreque, 2005). Las mujeres y los hombres que hoy son adultas/os mayores se han socializado en tiempos donde la clásica división sexual del trabajo estaba más institucionalizada en comparación a los tiempos más recientes, por ello, las mujeres que han permanecido en la órbita "privada" del hogar sienten la incorporación a una vejez activa la oportunidad de la autorrealización y la liberación. De acuerdo a los valores sociales de género, el hombre no participa de estas actividades proyectadas para la tercera edad porque es más reacio a aceptar "la vejez", pudiéndose percibir con "su masculinidad desdibujada" (Obreque 2005:8) y visto la influencia del imaginario colectivo sobre la vejez, se percibiría ya como "no útil" al perder la calidad de proveedor del hogar, por tanto estas actividades –no laborales- serían intrascendentes de acuerdo a su rol de género.

El problema que tienen estas nuevas concepciones en el marco de la gerontología consisten en que transplantan modelos extranjeros de comprensión de la vejez a realidades socioculturales, económicas y políticas heterogéneas e implícitamente vuelven a promover la salud como la equivalencia a la ausencia de enfermedad.

La promoción de la salud está bien entenderla como el desarrollo de las capacidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo pero reconociendo también en la misma la existencia de enfermedad. La promoción de la salud no depende únicamente del individuo sino en la relación de la situación particular de cada adulto/a mayor con las determinaciones sociales estructurales.

El problema no es que existan adultos/as mayores "enfermos" o "sanos", el problema es que los/as adultos/as mayores al ser considerados/as social y políticamente como sector pasivo, dada la rotulización edad avanzada –mayor posibilidad de enfermar, no se les adjudica capacidad para producir y pasan a concebirse como una carga económica para la sociedad, la familia, la comunidad y el Estado. Esa pasividad, desde una concepción económica del envejecimiento, vuelven al/a adulto/a mayor que no tenga acceso a una jubilación o pensión, dependientes de otros sistemas (formales e informales) o que en caso de acceder a ellas, implica en los hechos, pérdida del valor de sus ingresos en comparación a "su vida activa". Desde esta concepción, se genera también dependencia a nivel macroeconómica, ya que el crecimiento del "envejecimiento" cuestiona el reemplazo de la mano de obra joven demográficamente reducida.

Es preciso problematizar esto último, ya que se reduce e invisibiliza el carácter de mercancía que adquiere la fuerza de trabajo en la sociedad capitalista, como si se tratara de un problema de tendencias demográficas. En tal sentido, el problema no es que las personas vivan más, que existan menos jóvenes y adultos/as para producir, sino las nuevas

configuraciones que ha tomado el mercado de trabajo, con altas tasas de desempleo y precarización de las condiciones del mismo.

En las sociedades capitalistas la persona se clasifica en socialmente útil, según su producción material. La única actividad socialmente útil es la que genere valor de cambio, siendo la actividad humana mera mercancía. Por tanto, el/la adulto/a mayor que es expulsado de la producción material en función de su edad y dedica su tiempo “libre” (siempre en comparación a la integración al mercado de trabajo), en actividades recreativas y asociativas puede verse como intrascendental. La propia calificación de edad “pasiva”, casi que predispone a la quietud. Estando la sociedad capitalista estructurada en base a la división social del trabajo, el “retiro” o la jubilación provocarían el mantenerse al margen del funcionamiento social.

El anterior valor de cambio del/la adulto/a mayor en tanto trabajador/a, se convierte en valor de uso ante el “retiro”, al cumplir una función de reproducción social en la familia y/o la comunidad (ayuda en las tareas del hogar, en el cuidado de los integrantes de la familia, trabajos voluntarios en la comunidad).

En el caso de existir enfermedad, nos encontramos ante una doble dependencia, el/la adulto/a mayor pasa, de ser un miembro que cuida, al que recepciona los cuidados. A ello se suman los costes de las tecnologías de salud para hacer frente a la enfermedad, que encarecen la economía familiar e interpelan la solidaridad (económica y en oferta de cuidados) entre sus miembros. El valor de uso aquí se bloquea y de ahí la preocupación que económicamente se le atribuye al aumento de las tasas de envejecimiento y en consecuencia, el eventual aumento de la “dependencia”. La preocupación por la “dependencia” funcional de los/as adultos/as mayores, provendría entonces por la disminución del valor (de cambio, de uso) que agrega la persona con su actividad.

Estas situaciones vividas como “problemas” a la interna de los arreglos familiares nos terminan remitiendo también a otro problema de fondo, como la concepción de salud en estas sociedades, que al no abocarse a la prevención resulta más costosa la cura y la reparación de las enfermedades. Estas manifestaciones determinadas por la estructuración de la división del trabajo social en sentido amplio y la concepción de salud, son recogidas por las políticas y discursos oficiales como problemas puntuales y aislados que enfrentan los/as adultos mayores, sus familias, la comunidad y el Estado a los que hay que atender a través de programas específicos.

La separación entre edades activas y pasivas tiene consecuencias en el imaginario psicosocial, es decir, en la representación social de lo que es ser adulto/a mayor, como en la autopercepción de los/as mismos/as. La “gerofobia” –término acuñado por Robert Butler- (Sánchez 2000:60) se trata de percepciones negativas de las “generaciones jóvenes al envejecimiento y de su rechazo a lidiar con los retos económicos y sociales que están

relacionados al incremento en la población vieja” (Sánchez 2000:58). La construcción social del trabajo como fuente de significación e identidad, pone en crisis la autopercepción del/la adulto/a mayor con el retiro. El mismo puede provocar aislamiento y sentimientos de soledad, ante el alejamiento de las relaciones sociales que giraban en torno al trabajo.

La posición social devaluada del adulto mayor en tanto es marginado del núcleo integrado socialmente al mercado de trabajo, es exacerbada por la constante innovación tecnocrática. En tanto en otras épocas el adulto mayor era valorado por los conocimientos adquiridos por su trayectoria personal y laboral, “como portadores de la historia y de las costumbres” (Sánchez 2000:60) cada vez más en la sociedad actual “no se considera que con los años el saber se acumula sino que caduca”(ídem 2000). La reducida vida útil impuesta a los bienes y servicios de consumo que hacen mover la rueda productiva necesita personas capaces de adaptarse a los cambios, maleables a la recepción de información nueva tanto para producir como para consumir. Habilidades que la sociedad encuentra en los jóvenes y adultos jóvenes. Pero también hoy aparecen argumentos a favor de que los adultos mayores sean considerados en la oferta laboral y de consumo, frente a los altos índices de envejecimiento. Desde el lado de la oferta laboral en la vejez, veremos las concepciones elaboradas por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID- y la Organización Internacional del Trabajo –OIT- más adelante. No obstante, a fines del siglo XX, la OMS promulga un **“Envejecimiento Activo o Saludable”**, que se alía al de “Envejecimiento Exitoso”. El “Envejecimiento Activo”, refiere a la “implicación continua en actividades socialmente productivas y en un trabajo gratificante” (Zolotow 2005:51). Entonces, la bandera de la igualdad de oportunidades para todas/os sin importar la edad, si bien cambia la posición relegada del adulto mayor en la sociedad, es más un imperativo de la cultura del trabajo y el valor dado a la capacidad de producir y seguir siendo “activo”.

Sobre el consumo que integre “las necesidades del adulto mayor”, en nuestro país podemos encontrar el incipiente interés de la “Responsabilidad Empresarial” respecto a los/as adultos/as mayores.

Se tratan de acciones voluntarias dirigidas a satisfacer las necesidades particulares del adulto mayor y las propias de la empresa a partir del estudio de esta población. Así se realiza la caracterización de la misma como “Actor fiel” (lo bueno no cambia), “Actor crítico” (identifica calidad), “Actor autónomo” (goza de independencia), “Actor responsable” (contrata servicios o productos para sus seres queridos) (ACDE/UCUDAL 2008). Las críticas aquí son las mismas hechas al paradigma mencionado en tanto su normalización, pero aquí de necesidades que obedecen a la población adulta mayor con poder de compra y por tanto de elección. En definitiva se pasa de la construcción sociocultural, política y económica del adulto mayor como sujeto pasivo y residual a reintegrarlo a una connotación activa similar a la que ofrece el mercado de trabajo ya sea en el trabajo remunerado o voluntario -

solidaridad- (como propone el BID como veremos) ; y por tanto como agente funcional al sistema. Está bien que el/la adulto/a mayor participe en actividades como propone el envejecimiento “activo” y “exitoso” pero no en procura de seguir siendo funcional y sin tener conciencia de ello; todo lo contrario. Significar y autosignificar que el lugar que nos deja la sociedad actual con el “retiro” en lugar de ser residual y devaluado nos aleja de la actividad alienante del trabajo y permita intentar alcanzar al “hombre” y la mujer “enteramente”³ (Heller 1985:52), significando el trabajo como actividad humana genérica y no como actividad que produce valor de cambio y al hombre en tanto mercancía. Ver en el retiro la posibilidad de corresponderse con una actividad, objetivarse y dedicarse enteramente a ella, creando y creándose en cada acto. No obstante ello, para muchos adultos/as mayores, la salud a partir de actividades de objetivación será más difícil, dado que seguirán trabajando no tanto por un sentimiento de “utilidad” sino por no poder sobrevivir mediante una pensión o el retiro.

La participación en actividades es una característica individual, algunos adultos mayores con una trayectoria de vida solitaria y retraída pueden mantener su motivación de no participar activamente en actividades que ofrece el medio social. O bien, derribando el “mito de inflexibilidad” (Sánchez 2000:74), en que todos los adultos mayores radicalizan con la edad conductas que los han caracterizado “siempre”, la capacidad de cambio y descubrimiento de cosas nuevas no termina hasta el final de nuestros días. A lo que antes no se podía acceder por falta de tiempo y porque otro era el centro de las preocupaciones (cuidar hijos, mantener el hogar) hoy se puede realizar. En todos los casos, la actividad de aislamiento es favorecida por la sociedad que ofrece pocas oportunidades para una participación continua (Sánchez 2000:70).

Visto las determinaciones del mercado de trabajo, el contexto social debería resignificar el fenómeno de “la vejez”, cambiando la atribución de utilidad únicamente al trabajo remunerado y proporcionar los medios necesarios para elaborar actividades que le den satisfacción, donde lo reconozcan y se reconozca positivamente. Esto permite hablar de un cambio sociocultural, que entienda el envejecimiento como proceso vital desde el nacimiento y al/la viejo/a como construcción simbólica.

¿Por qué no la institucionalización?

La asociación edad-enfermedad, nos lleva al mito de la senilidad. La población anciana es vista como incapacitada en el desarrollo de la clínica, que tuvo su escenario en los hospitales. Tal énfasis apuesta a la curación y es no solo ineficiente (costosa para el sistema de salud), sino poco estratégico dado que la mayor parte de los “problemas de salud” de la población pueden ser atendidos desde el Primer Nivel de Atención (Villar 2003:56). La internación en un hospital geriátrico acarrea los efectos negativos que sobre las personas tienen las instituciones totales: “es percibida como una medida deshumanizante que conlleva

³ Se retoma el concepto en “El/la Trabajador/a Social como profesional de la salud”

una pérdida de control, y somete al anciano o anciana a la autoridad no deseada de algún extraño" (Sánchez 2000:157). En muchas ocasiones la decisión sobre la institucionalización es involuntaria. También puede estar determinada por falta de un sistema de apoyo formal e informal y por "razones de salud". En la vida institucional se limita la privacidad, la independencia y el contacto con el mundo exterior (Sánchez 2000:158). Estos efectos perniciosos justifican desde la geriatría el énfasis puesto en la desinstitucionalización. También estudios evidencian que ella provoca, "el estado de ánimo negativo, depresión y poca orientación en tiempo y espacio" (...), "la persona se valora poco, disminuye la capacidad de adaptación debido a la desaparición de muchas funciones sociales y decrecen los contactos sociales así como la actividad en general" (Sánchez 2000:158). Por ello se propone para el/la adulto/a mayor "frágil" o "vulnerable" (funcional o cognitivamente) servicios de apoyo en el hogar y en la comunidad (centros de día o diurnos).

Pero la internación, más allá que el resultado del triunfo del modelo médico y biológico, es efecto del proceso más amplio de disciplinamiento. "La Edad Media se caracterizó por la ley del más fuerte, física y militarmente. Los más débiles entre ellos las personas ancianas, estaban sometidos a los más fuertes..." (Sánchez 2000:55-56). La sociedad disciplinaria que describe Foucault (1991) implica la vigilancia desde lo micro a lo macro. Así se concibe el cuidado de los cuerpos como ahorro de energía para la extracción máxima de sus funciones "Se trata de volver más fuertes las fuerzas sociales –aumentar la producción, desarrollar la economía..." (Foucault 1991:211). La internación desde el siglo XIX es parte del proceso disciplinador ya que la misma permite marcar exclusiones (loco, no-loco, adulto-viejo, etc.) e individualizar la vigilancia sobre ellos. La institución es el dispositivo espacial de poder de ahí su estructura: las camas no están dispuestas arbitrariamente, sino en líneas que hacen localizables fácilmente a los individuos. No se necesita la coerción para "obligar al condenado a la buena conducta, al loco a la tranquilidad,... el enfermo a la observación de las prescripciones... El que está sometido a un campo de visibilidad y que lo sabe, reproduce por su cuenta las coacciones del poder..." (ob.cit. 1991:206). Lo que caracteriza a este dispositivo es la privación de libertad y ello es lo que permite la corrección y la utilidad. La utilidad radica en la cura, en el reestablecimiento de las funciones. Por ello la crítica radica en por qué implementar esta "pena" y este aislamiento cuando la libertad es un "sentimiento universal y constante" (ob.cit. 1991:234) en la sociedad.

Parece una paradoja que hace dos siglos, la institucionalización fuera identificada como medio para lograr lo que hoy se pretende con el/la adulto/a mayor inserto en la familia y la comunidad: aprovechar al máximo el nivel de función y evitar el deterioro. Estos dos mecanismos (institucionalización-desinstitucionalización), no son contradictorios porque tienden a ese mismo fin; pero cómo conectarlos a lo largo del tiempo. "Los mecanismo disciplinares tienen cierta tendencia a "desinstitucionalizarse", a salir de las fronteras

cerradas en que funcionaban (...)” (Foucault 1991:214). Así, procurar la permanencia del/la adulto/a mayor dentro la comunidad, no implica que desaparezca el control sino que es una extensión extramuros del mimos. El saber disciplinario se interioriza en los sujetos y se reproduce en la sociedad. Este saber cada vez se va especializando y diversificando más, ocupando nuevos espacios que llevan a una “creciente complementariedad y trabajo en equipo de forma cada vez más protagónica en las comunidades (...)” (ob.cit. 1991:313). En este proceso se ha ubicado también a nuestra profesión como uno de los “jueces de normalidad” (ob.cit. 1991:311)

Evitar la institucionalización total puede verse como la concepción terapéutica de la sociedad de principios de siglo XX donde la tecnificación de la asistencia social en sentido amplio se corresponde con la medicina preventiva (Lasch, 1991). Atacar los síntomas de la enfermedad equivalía antes al internamiento, la custodia, la tutela, que se cambió por “la prevención” de la enfermedad (Lasch 1991:39). Es decir, evitar el mayor deterioro no sólo funcional (biológico) sino social del adulto mayor, dentro de su entorno familiar, con supervisión de especialistas (Prats, J. 1980).

Expresa Foucault, que el problema no es quien vigila más, si los profesionales o los administradores internos, sino “el gran aumento de importancia de estos dispositivos de normalización y toda la extensión de los efectos de poder que suponen, a través del establecimiento de nuevas objetivaciones” (Foucault 1991:313).

POLÍTICAS SOCIALES EN URUGUAY

Como categoría analítica, la política social es el conjunto de las acciones del Estado en materia social que determinan “el control y el bienestar de una población por la vía política” (Serrano 2007:314). Las acciones específicas de la política social (planes, programas, proyectos, servicios) pueden enfatizar alguna o algunas de las funciones de la política social: “protección”, “bienestar”, “realización de los derechos de ciudadanía” y “cohesión social”, que, al complementarse dan coherencia a la misma (ídem). Respecto a las dos últimas funciones, la política social permite la “distribución de signos de pertenencia e integración en una comunidad sociopolítica” (Serrano 2007:318) para lo cual debe crear mecanismos que legitimen y reconozcan los valores y prácticas socialmente construidos.

En la historia de las políticas sociales públicas en Uruguay podemos identificar una época de cambios que repercuten en sus prestaciones a la ciudadanía. A mediados del siglo XX, encontramos un país con relativo desarrollo industrial, una masa trabajadora organizada en luchas sindicales, con importantes conquistas para ellos y sus familias, un país con una sociedad “hiperintegrada”, donde la pobreza hoy concebida no tiene parangón con la de los años '50. Las políticas sociales anteriormente hacían énfasis en la función de bienestar

social que impulsaba el Estado de "Bienestar". Dicha función se asociaba a la consagración de derechos vía servicios sociales universales, originados a partir de la protección social de los derechos laborales, que implicaban la ampliación de oportunidades y generación de capacidades en pro de la integración social. Eran políticas pensadas con efectos proyectados al futuro (Serrano, 2007). El desarrollo de las fuerzas productivas del país (industrial y agropecuaria) quedan frenadas por el pequeño mercado interno agotando el modelo "urbano-industrial" (Caetano; Alfaro 1995:175), los problemas económicos y financieros entran por la "puerta grande" (Caetano; Alfaro, 1995) tras el fin de la edad de oro del capitalismo y la recesión no hace esperar las firmas de cartas de intención con el FMI (1959).

La crisis del Estado de bienestar implica que el Estado se aleja de las negociaciones colectivas (fin de consejos de salarios), de los subsidios de las actividades productivas (textil, frigorífico, alpargatas, gomas, etc) y los organismos financieros multilaterales imponen a la región "planes de estabilización" y/o "políticas de ajuste" con el fin de refinanciar la deuda con ellos contraída. El país cada vez se hace más dependiente. La presión extranjera implicó un "achique del Estado", y en el transcurso de los años una reducción de la inversión social y productiva, la pérdida del nivel de vida de la población (congelación de precios y caída de salario real) y el aumento del "conflicto social" (protestas y reivindicaciones populares) desencadenando en un período marcado por la violencia y represión institucional (medidas prontas de seguridad, entre otras) que se consolida con el golpe cívico- militar de 1973 a 1985.

Acordémonos que muchas de las personas que hoy son adultas/os mayores han vivido la transición de la "Suiza de América" a la angustia de ver esfumarse ese ideal de país y aún ser ellos quienes sufrieron directamente y sufren las consecuencias del declive, especialmente del golpe cívico-militar. Esto sin duda hace a la salud de los/as adultos mayores en el plano subjetivo y sociomaterial.

En el período post dictatorial ya se siente la nueva configuración, que desde la década de los '70 ha tomado el capitalismo en el mundo, hablamos del modelo de acumulación neoliberal. La "liberalización de la economía" impone la libre competencia del mercado, la desregulación del Estado en el freno de aquel y su adaptación sobre las áreas sustanciales del país: trabajo, reforma educativa, y salud. Se proponen nuevas formas de gestión política de la pobreza desde el voluntariado, en la cogestión y colaboración entre los promotores de políticas y los "beneficiarios" (De Martino, 1999). Hoy la idea de protección social tiene un corrimiento desde la cobertura colectiva de los derechos vinculados al mercado de trabajo a la atención de los problemas que originan las fallas de aquel, poniendo énfasis en la función asistencial de las políticas sociales, detenidas a impactos inmediatos (Serrano, 2007). Es decir, ya no se trata de integrar, sino "reinsertar" a los ciudadanos en situaciones de

“desventaja” social, reparando las mismas mediante beneficios sociales. Se reducen los derechos de ciudadanía a los derechos sociales pudiéndose identificar grupos humanos, donde esos derechos son vulnerados, definiendo mínimos de prestaciones monetarias o especies a través de los cuales se supone, se concretan sus derechos (Serrano, 2007). Pero como sostiene Serrano, los derechos de ciudadanía no se cumplen si se establecen umbrales sino cuando existe participación ciudadana, la vivencia de los mismos y las responsabilidades que ellos conllevan (Serrano, 2007).

Esta nueva configuración se debe no sólo a nuevas formas de diseño de políticas sino a restricciones materiales y simbólicas de las familias que “demandan soluciones específicas en torno de necesidades apremiantes”. “La lógica de la carencia se impone sobre la lógica de la promoción y el desarrollo social” (Serrano 2007:326).

LA SALUD COMO POLÍTICA SOCIAL DE ESTADO

La salud como categoría analítica puede pensarse desde una perspectiva abarcativa, integral y holística que incluye capacidades físicas, mentales y sociales de individuos, grupos y colectivos que de manera relativa es definida por cada ser humano en el tiempo y sociedad de la que es parte. La salud no implica un total estado de bienestar físico, mental y social, definido como norma absoluta sino “capacidades” desarrolladas en grados diversos que incluyen así la enfermedad en una relación dialéctica (Weinstein 1989:40).

Es fundamental asumir la salud no sólo como consecuencia pasiva de la reproducción social, material, biológica, simbólica, política y ética sino como praxis, como actividad objetivo – creadora del ser humano, mediada por estas determinaciones.

Alguna de las dimensiones que hacen a la salud Weinstein (1989) las distingue en: “vitales”, “capacidad de goce”: identificación y plenitud del sujeto con sus experiencias y en el contacto con los demás; “la comunicación”; “la creatividad”: “capacidad de aportar lo nuevo”, aquí juega la capacidad de “romper los estereotipos”, también se asocia aquí la capacidad de deconstruir la realidad y desnaturalizarla; “capacidad autocrítica”: el hombre, colectivos y sociedades toman “distancias” para analizarse, cuestionarse, y reflexionar sobre sí y sus acciones; y dimensión crítica”: se logra en Weinstein al perseguir un proyecto colectivo de manera rigurosa pero no rígida o sea, a partir de prácticas flexibles que no se aten a “rigideces conceptuales”. También identifica la dimensión de “autonomía”: si bien los individuos dependen de los otros para vivir en sociedad o en etapas particulares del “ciclo de vida” (niñez o ancianidad) siempre se debe promover la autonomía. A partir de la integración se afianza la autonomía y la identidad tanto individual como colectiva (ob.cit. 1989:51-53).

Al ser la salud una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, las políticas de salud deben ser entendidas como política social. No deben estar circunscriptas a la atención

médica de los individuos y poblaciones en cuanto los desvíos a un supuesto estado normativo – biológico, sino que sea producto de la consideración de los modos de vida⁴ y la calidad de vida en una sociedad, y para la cual, no basta con el saber de una sola disciplina, sino la participación de: una pluralidad de actores en distintos ámbitos, del juego de poder entre ellos y el momento histórico en que se encuentren. El Estado, no debe ser mirado como una fuerza extraña y distante de los/as ciudadanos/as sino como espacio social donde se cristalizan juegos de poder entre distintos actores: los gobernantes, los actores sociales (individuales y colectivos). El Estado, asume concepciones específicas de las esferas de la vida social, de los “problemas” a atender, donde se plantea la puja entre lo instituido y lo instituyente. Así la concepción de salud será un constructo social que se define en la arena política.

El desarrollo del capitalismo permite distinguir la consecución de tres formas de medicina coexistentes hasta nuestros días: “una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, la epidemia, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla.” (Foucault 1977:23)

Los rasgos más característicos de la salud pública se encuentran desde comienzos del siglo XVIII, en Alemania. La “ciencia del Estado” a través del desarrollo de prácticas administrativas en lo económico y lo social, implementa la vigilancia de enfermedades infecciosas de la población y toda una racionalización sanitaria territorializada en lo que se ha denominado “Policía médica” (González y Grille 1984:15). Desde fines del siglo XVIII la ciencia de la medicina ha ido institucionalizando su práctica y su saber, subordinando otras prácticas y teorías hasta ese momento dominantes e identificándose como el único saber competente, “legitimado tanto por criterios científicos como por el Estado” (Méndez/OPS, 1992:108).

En nuestro país, la modernización del Estado y su particularización con el Estado batllista implicó procesos de secularización de la sociedad y la paulatina incorporación del pensamiento racional y positivista, que se acompase al movimiento del modo de producción capitalista dado por la incipiente industrialización. Uno de los agentes que viabilizan esta nueva moralidad fue la “clase médica”, cuya presencia en la vida social va adquiriendo cada vez más peso y recepción, favorecida por el “carácter inmigratorio europeo de buena parte de la población” (Barrán 1992:61) y las clases dirigentes, medias y altas.

Veremos cómo se gesta la valorización entre edad y producción que habláramos en la concepción del/la adulto/mayor, así como la dimensión central de la cura.

4 “La concepción del modo de vida como modo de consumo acentúa el aspecto pasivo, por el contrario, ver los modos de vida como modos de producción eventualmente estructurados por procesos de movilización destaca su dimensión activa”. (Bertaux 1983: 70)

En el Novecientos (1900-1930) competían otros saberes con el saber médico: el de los curanderos sobre todo en la campaña, el de la caridad religiosa, el de la familia y la automedicación, (Barrán 1992:35,37) compartido por todas las clases sociales. Cabe aclarar que el poder médico no se impuso, sino que fue la sociedad quien al cambiar su "sensibilidad", valoración de sí misma -el foco de atención pasa de la enfermedad "a la moderna obsesión por la salud"- (ídem 1992:11) y aspiraciones –larga vida, búsqueda del dominio de las pulsiones en pro del valor burgués del trabajo y el consumo -, quien habilitó la intervención médica (Barrán 1992). En el siglo XX, la enfermedad se percibe en términos económicos y por ello la medicina preventiva se centra en el adulto joven, sobre todo de las clases populares dado que la enfermedad en ellos causaba "una disminución en la producción industrial" (Barrán 1992:122) como afirmaban médicos y dirigentes de la sociedad. La salud se concibe como "capital a cuidar" (ob.cit. 1992:123). El cuerpo así concebido pasa a tener un valor inestimable, al igual que alargar la vida evitando el dolor y el sufrimiento. "La prolongación de la vida implica su medicalización ante las crecientes dificultades del individuo para seguir siendo" (Barrán 1992:146).

La medicalización permitió la transición epidemiológica de la población –de enfermedades infecto-contagiosas que afectaban sobre todo a niños/as, a enfermedades degenerativas que afectaban principalmente a adultos y ancianos- y también la temprana transición demográfica (Barrán, 1992). Ello se viabilizó a través de la medicina administrativa: "El médico de policía primero, el Inspector Departamental de Higiene después (1910-1914), el Servicio Público luego (1915 en adelante), así como los facultativos de los hospitales, fueron tan eficientes agentes transmisores de cultura y de conductas modernas a los sectores populares urbanos y rurales como lo fueron, por su función específica, los maestros varelianos" (Barrán 1992:173,174). Este tipo de medicina converge así con la medicina asistencial. De ahí la asistencia gratuita del Estado para los pobres y la obligatoria asistencia hospitalaria (de indigentes, ancianos y crónicos) como "mejor agente de medicalización de las enfermedades" (Barrán 1992:178)

"El culto a la salud, que nació de una población que tendía al envejecimiento, condujo a la idealización de la juventud, pues era la edad del vigor y la salud naturales..." (ob.cit. 1992:126) con el consiguiente desprestigio de la vejez. La docilidad del cuerpo y la mente se lograba con actividad física consolidando al "hombre sano – sobre todo en edad de trabajar- (...) el mejor obrero, el mejor funcionario y también el mejor y más eficaz patrón" (Barrán 1992:216).

"El sometimiento de la sociedad se tradujo en la conversión del médico y su saber en educadores del todo social, en la aceptación "lógica" de su rol de inventores de conductas y normas que habían hallado en la "observación" de la naturaleza" (Barrán 1992:194)

El deseo de ser cuidado, implicaba la delegación pasiva del cuerpo y la conciencia al saber médico. La confianza ciega a sus prescripciones, dado que cualquier acto contestatario por parte del paciente era visto como “ignorancia y falta de educación” (idem 1992:218), posibilitaron una relación paternalista del médico con el paciente. El temor a enfermar de la persona hacía que asumiera un rol infantil frente a los “consejos” del médico.

“La intimidad no implicaba la soledad del dúo (médico-paciente) más que cuando el paciente era rico (...) En el caso del hospital de pobres, la intimidad era la intimidad del poder, él solo –médicos, auxiliares y estudiantes, a veces en el anfiteatro- con el paciente” (Barrán 1992:207).

La medicalización alcanzó también a las Sociedades de Socorros Mutuos del Novecientos con su prioridad en la “asistencia médica de las enfermedades” (Barrán 1992:72). Desde aquí, y tomando carácter masiva la medicina, podemos hablar de medicina privada. Las personas autodefinidas como pertenecientes a la “clase media” (empleados públicos) se afiliaban a las Sociedades de Socorros Mutuos (medicina privada) por “incompatibilidad moral” (ob.citi 1992:73) de asistirse en Salud Pública, destinada a los obreros pobres. Más que la significación cultural de esta opción, con la ley de creación de Asistencia Pública Nacional en 1910, se expanden los hospitales en el territorio (cuyas direcciones son desempeñadas por médicos) conservando lo que era la misión de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública: *“todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por parte del Estado”* (BCNH en Barrán 1992:97). Los servicios de salud de las mutualidades, estaban extendidos a una proporción significativa de la población de Montevideo, pero ya en la década del ‘20 y ‘30 eran las clases medias y altas, tanto de la capital como del interior, las que debían “costear privadamente su salud” (ob.cit. 1992:109)

La medicina se vuelve una actividad rentable, al punto de que el Consejo Nacional de Higiene en 1908 tuvo que regular (reducir) el alto valor de sus honorarios (Barrán, 1992). Los costos de la atención personalizada eran en base a la “vieja clínica”. Al médico de familia le bastaba la observación y la auscultación para diagnosticar –reportando sus honorarios a fin de año por cada visita - (Barrán, 1992). “Es probable que hoy el poder médico esté repartido entre los laboratorios fabricantes de medicamentos, los centros de análisis y diagnósticos y las especializaciones de la misma corporación” (Barrán 1992:210) Así la mercantilización⁵ de la salud implica equiparar la atención médica a un “producto” que permite reparar, curar. Mientras que el trabajo en la prevención puede desdibujar y parcializar la producción económica de antidotos y curas mercantiles y rentables. A partir de 1930 y en especial en la década de los ‘70 y ‘80 se desarrolla la medicina farmacológica alimentando la industria de la salud que permite mantener los intereses del gran capital y ayudar a las funciones de

⁵ “(...) los costos de la atención médica, los equipos y fármacos, el mantenimiento, entre otras cosas, constituyen una parte creciente del costo de la atención en salud (...)” (Méndez 1992:116)

mantenimiento y control social de los que se consideran desviados de la norma sanitaria y social, normalizando las secuelas del proceso de explotación vigente, desde edades tempranas de la vida y a futuro -niños/as “hiperactivos”, por ejemplo- (Méndez 1992:114-116).

No se trata de negar la curación, sino como dice Méndez, “establecer cuáles son las estrategias prioritarias que posibilitan una mayor equidad y eficacia en el abatimiento de los daños. Y todo indica que esta estrategia es la preventiva” (Méndez/OPS 1992:113).

“La Salud Pública en cuanto “saber” y en cuanto “sector” se constituyó a partir de la medicina y eso es decisivo (...) Los daños a la salud como fenómeno colectivo y/o ambiental quedarán entonces en manos de una disciplina que va asumiendo su cientificidad a través de lo biológico” (Méndez/OPS, 1992:105), pasando por alto las contradicciones del ser social que produce esos daños, sirviendo así al orden establecido.

Esta medicalización de la salud pública permite ver la enfermedad como “entidad genérica natural y el sujeto como unidad de intervención” (Méndez/OPS 1992:105). Lo colectivo se reduce a la agregación de individuos y lo socioeconómico a variables contextuales no manipulables, en definitiva, la salud se presenta como asocial y ahistórica (Méndez /OPS, 1992). Esto es relevante para observar y analizar si los modos de entender y abordar a la población adulta mayor se influyen de la primacía de sus rasgos dominantes (específicamente desde la geriatría) o se matizan con nuevas definiciones instituyentes.

POLÍTICAS SOCIALES EN SALUD, PARA ADULTOS/AS MAYORES Y ADULTOS/AS MAYORES DEPENDIENTES

Retomando la perspectiva de salud integral podemos establecer cuál es el ideal de política social de salud para los/as adultos/as mayores. Como dijimos, esta perspectiva concibe la capacidad del hombre de desarrollar sus potencialidades, ser libre, autónomo, creativo, asociativo, crítico (Weinstein, 1989); como de no tener privación material y simbólica. De ahí se desprende por ejemplo, las posibilidades que la sociedad da a las/os adultas/os mayores para integrarse en espacios que permitan su recreación, su decisión y su producción en la misma, en vez de la pasividad y la quietud, el mantenerse al margen de la actividad social que puede reinar en el imaginario colectivo e institucional.

De esta manera se pueden agrupar una serie de políticas públicas que siendo o no catalogadas oficialmente como políticas de salud tienden a concretarla aunque de manera desarticulada. Por ello, identificamos tres organismos del Estado que de acuerdo a su función por ámbitos en la vida social, trabajan la temática del/la adulto/a mayor: Banco de

Previsión Social (hoy denominado Instituto de la Seguridad Social), Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud Pública.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Sistema Nacional Integrado de Salud

Hablar de Salud Pública antes del 2005, implicaba reducir la salud a la asistencia médico-sanitaria del Estado a la población desafiada del mercado laboral y a la que no contaba con ingresos suficientes para acceder al sistema privado de salud, en definitiva y constitucionalmente a los más pobres⁶. En el 2005 asume un nuevo gobierno, con otra orientación ideológica y propone el Sistema Nacional “Integrado”⁷ de Salud (aprobado por la Ley 18.211 de diciembre de 2007) donde la salud pública no equivale a la atención gratuita del Estado a los sectores excluidos del mercado sino que, se tiende progresivamente a la universalización. Si bien el MSP antes como ahora es la entidad rectora en materia de salud general de la población, no sólo asume la dirección y legislación de aspectos sanitarios básicos (control de epidemias, vacunaciones, condiciones de salubridad en las instituciones, etc.), sino que involucra una acción política que define los límites del poder de los prestadores privados de servicios en base a garantizar la misma calidad de atención en todo el sistema (tanto efectores públicos como privados). La “medicina privada” ya mencionada (Foucault 1977:23), se matiza hoy de forma diferente, al igual que los otros rasgos dominantes de la Salud Pública. Es decir, desde el discurso institucional, se concibe la promoción de la salud no únicamente desde la definición médico-biológica, sino como integración de distintas esferas de la vida social, “con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población” (Ley 18.211, Art. 3). A la vez que se refiere a promover “actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida (...)” (Ley 18.211, Art. 3). Esto refleja la elaboración de ciertas normas preestablecidas institucionalmente que nos retrotrae a la atención de la salud como dispositivo disciplinador de la población.

La nueva concepción de la salud no se reduce a lo asistencial, es decir a lo curativo y al mantenimiento, propone una atención integral de la salud que involucre un trabajo interinstitucional e intersectorial, que incorpore la promoción, protección y prevención –APS– además de la recuperación y rehabilitación ya institucionalizados, transversalizando cada “nivel”. Asimismo se priorizará el Primer Nivel de Atención (idem. Art. 34). Actualmente,

⁶ Art. 44: (...) “El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997.

⁷ En concordancia con Villar, hablamos sólo de Sistema Nacional de Salud, dado que el adjetivo “Integrado”, por el hecho de ser un “Sistema” es redundar en la idea. Publicación digital www.larepublica.com.uy 26 de marzo de 2006

“nuestro sistema de salud se focaliza en el cuidado sobre agudos. El 93% del presupuesto de salud de este país, o por lo menos el de salud pública, se gasta en agudos; un 1% en la atención primaria” (Savio en ERTBPS 2003:131). Esto es incongruente dado que el 85% de las demandas de salud se pueden atender en el Primer Nivel de Atención (González, T 2006).

En el “sistema” anterior predomina la burocratización de la atención en salud (complejidad administrativa), la superposición y desarticulación de servicios entre distintas unidades y programas con lógicas propias, y por tanto la ineficacia e ineficiencia. Los servicios (públicos y privados) se desarrollaban de forma inercial sin una coherencia que los articule a partir de una planificación en materia de salud (Villar, 2003). Esta superposición también se generaba en los hechos con la crisis de las mutualidades (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) donde el aumento de ticket y órdenes, sumado a la depreciación del salario real de los trabajadores, hacían de los afiliados más jóvenes con menos probabilidad de enfermar, no utilizar los servicios, desfinanciando así los mayores costos de aquellos más propensos a utilizar los mismos (el caso de adultas/os mayores). Esto implicaba que Salud Pública absorbiera a la población “desatendida”, por lo cual el sistema gastaba el doble. Sumado a la “política de ajuste”, contribuyeron a su calidad deficitaria. La falta de regulación estatal, facilitó la instalación de servicios privados y lucrativos de salud con cobertura parcial que amplió la heterogeneidad del “sistema” y la desigualdad en el acceso y calidad de la atención. El nuevo Sistema busca reestablecer la coherencia entre sus eslabones.

El Sistema crea el Fondo Nacional de Salud –FONASA- (Decreto/Ley 18.131) que pagará a los efectores de salud una prima diferencial de riesgo, según sexo y edad, a diferencia del “sistema” anterior donde el enfermo pagaba más que el sano, el que ganaba más tenía mayor acceso a servicios más complejos, con la implicancia que ello tiene para las/os adultas/os mayores con distintos grados de limitaciones funcionales. El Sistema Nacional de Salud recupera la solidaridad y la equidad ya que la prima por riesgo no la paga el “beneficiario” directamente sino que el Fondo aporta del sano para el enfermo, del joven para el adulto mayor. La financiación del Fondo es tripartita (hogares, efectores de salud, Estado). De esta forma se eliminan las competencias por órdenes y ticket y la diferencial calidad de los servicios dependiendo de su costo (Olesker, D. en ob.cit., 2003). El sistema actual supone una planificación en base a programas de atención integral con niveles definidos e interrelacionados (Villar, 2003) a los cuales deben ajustarse tanto efectores privados y públicos. Recuperando esta solidaridad y equidad encontramos así el beneficio que el Sistema instrumenta a través del Fondo, a los/as adultos/as mayores, respecto la gratuidad en ciertos componentes que encarecían la misma: (jubilados y pensionistas afiliados al Sistema) (...) “tendrán derecho mensualmente a tres órdenes de consultas médicas en forma gratuita, una en consultorio otra a domicilio, y la tercera de urgencia, y dos medios

tickets de medicamentos o análisis clínicos" (...) "los afiliados a este colectivo tendrán derecho además, a una rutina básica semestral y a una radiografía anual en forma gratuita". (Decreto/Ley 18.131). En cuanto al rol rector del MSP sobre la implementación de programas de atención integral a la salud, el decreto, expresa sólo la obtención de estos "beneficios", que si bien recuperan, como vimos, la solidaridad en su costeo, se circunscribe en lo asistencial y reparativo.

El Sistema Nacional de Salud no supone "eliminar" las barreras económicas al acceso a la salud, es decir, desmercantilizar la atención en salud de manera que se alcance la universalidad que supone el derecho a la misma. Justamente, la incorporación al Sistema y parte de su financiamiento, se hace en base a la participación de las/os ciudadanos en el mercado de trabajo "formal". El sistema cubre por tanto a trabajadores/as, jubilados/as y pensionistas quedando por fuera los/as ciudadanos/as que no estén afiliados a la seguridad social. Aunque, se debe reconocer, que en comparación al "sistema" anterior, el derecho a la salud de los jubilados no sólo se ve ampliado, al incorporarse otras franjas de ingresos, sino que además, el Sistema actual habilita a los/as cónyuges (Art. 62 y 66 de Ley 18.211) y los/as hijos/as de los/as "beneficiarios" integrados al FONASA, a acceder al mismo. Aún así, el derecho se genera en virtud de la dependencia a otros miembros del hogar y no como derecho propio. La desmercantilización de este derecho se observa en otros países de Latinoamérica como Cuba donde la financiación del sistema de salud es en base al presupuesto nacional y los impuestos indirectos (no al consumo), su acceso es gratuito y universal a todos/as los/as cubanos/as. (Villar, 2003).

Nuestro Sistema Nacional de Salud, tampoco cubre a toda la población vinculada al mercado de trabajo formal, sino sólo aquellas personas que reciban ingresos hasta cierto tope. En este sentido, no todos los adultos/as mayores perciben una jubilación y pensión quedando por fuera de los beneficios del sistema (539.895 aprox.)⁸.

Pareciera en los hechos, que se observa más una racionalización de los componentes de atención a nivel institucional, para lograr la concepción de "sistema", que el intento por trascender el carácter de mercancía de la salud, donde la misma se presenta como producto.

Como vimos los paradigmas en salud en el adulto mayor ponen énfasis en la participación activa de esta población en pro de la promoción de la salud, ciñéndose así a la caracterización de un envejecimiento exitoso. Ante la ausencia de estrategias que operativicen estos postulados por parte de la política específica de salud para adultos mayores, nos remitiremos a la norma que sí explicita como se instrumentará la participación en salud pero a nivel general de toda la población, es decir, a lo que postula el SNS. De esta especificación puede desprenderse la apertura o no, a las reivindicaciones de los/as

⁸ Para el 2007, son 710.895 jubilados y pensionistas registrados en el BPS (INE 2007:38) y sólo 171.000 jubilados y pensionistas tienen derecho al Sistema (Murro; Muñoz 2007:2)

adulto/as mayores en la arena política, en lo que hemos descrito bajo la categoría de "empoderamiento", la cual hace a la promoción de la salud.

Hoy asistimos a la fase pos-industrial de las políticas y programas sociales, con la crisis del Estado de Bienestar, donde "el alto costo de los mismos ha obligado a desarrollar la participación de la población anciana, la familia y la comunidad, ya que los sistemas formales de apoyo no han sido suficientes para proveer los servicios necesarios. La tendencia actual ha sido de una dependencia mayor en otros sistemas para resolver los problemas presupuestarios del Estado" (Sánchez, D. 2000:28,29). La participación de los adultos mayores más que una estrategia en la promoción de la salud, acorde al envejecimiento exitoso, se ha vuelto el paliativo de los déficit del sistema, al responsabilizar al/la adulto/a mayor de su propia salud. Veamos las características que asume la participación desde la política de salud pública.

De acuerdo a la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, se disponen niveles de administración y gestión para la atención integral de la salud. A nivel central, se reconoce la rectoría del MSP en la legislación y dirección de las políticas de salud; con una Junta Nacional de Salud que reglamenta las mismas. A nivel departamental, la Junta tiene representación a través de Consejos Asesores Departamentales con representantes de prestadores, trabajadores y "usuarios", cuyas evaluaciones de la salud en sus respectivas jurisdicciones, así como su asesoría **no tienen carácter vinculante** (Ley 18.211, Art. 24). Entonces, dónde está la descentralización cuando ésta supone una atribución de poder de decisión y actuarial, coherente con las actividades que se vienen desarrollando en el resto del sistema. Centralización y Descentralización deben conformar una unidad dialéctica y procesual, "que ocurre en cada uno de los niveles de la organización: estratégico, táctico y operativo" (Villar, 2003:48). Los Consejos tienen el plus de conocer un poco más las particularidades locales, más inmediatas a la población y es esto justamente lo que se bloquea. Sobre todo cuando es esta Junta quien "fomentará el establecimiento de redes de atención en salud" (ob.cit. Art. 39), lo que implica en los hechos, decidir sobre la manera de articular los servicios y acciones a todos los niveles para una atención integral. Es la Junta Nacional de Salud, quien verifica si las prestaciones se ajustan a los "componentes" e "indicadores de calidad" de los programas de atención integral (dentro del que se incluye el Programa Nacional del Adulto Mayor). Entonces, el contralor de la atención en salud por parte de la población, que permitiría asumir la autogestión de la misma y defender este derecho tampoco aparece. "La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre estos y los prestadores (...)" (ob.cit, Art. 54) En tal sentido, la estructura es piramidal, y la relación "usuario" – "autoridades" asimétrica. Pero no se evidencia la participación de las bases, es decir de la población de las

comunidades locales en la definición de sus necesidades sentidas y vividas en salud y la consecuente formulación de estrategias conjuntas entre la población y las autoridades sanitarias. Por otro lado, de acuerdo a las normas que defina el MSP, la Junta instrumentará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención. Esto debería contemplar –aunque es omiso en la Ley- la participación en la toma de decisiones, de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, quienes a partir de los recursos existentes a nivel comunitario –como ser policlínicas barriales- conocen los periplos de los/as vecinos/as en la búsqueda de asistencia en otros niveles de atención, las dificultades de acceso a esos niveles por parte de la población, dado por determinaciones como la accesibilidad, económicas (dinero para el transporte), tiempo que insume llegar al centro de los centros urbanos, ya sea en el interior rural, como en de las zonas periféricas de la capital . Punto especialmente importante para los adultos mayores, dado que al ser una población heterogénea deberían existir distintas alternativas de acceso (contemplar las distancias) a los otros niveles de acuerdo a los grados de autonomía bio-psico-social⁹. El “empoderamiento” aquí se encuentra cuestionado. No se habilita a nivel institucional que pueda producir efectos.

Son muy pocas las organizaciones de la sociedad civil específicamente constituidas en base a la temática del adulto mayor, “los viejos son el último movimiento social en Uruguay” (Alberti, 2008). Desde el Programa Nacional del Adulto Mayor del MSP, siempre que se trabaja es en base a las organizaciones de adultos mayores de carácter gremial, que son la mayoría (Alberti, 2008).

La carencia se observa en una norma explícita que reconozca un nuevo modelo de representación y gestión local de la salud. En tal sentido sigue vigente la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS), que en nuestro país se abren paso en la década del '90 en el Municipio de Montevideo y en ASSE-MSP, con Policlínicas barriales en distintas áreas locales del país. Se puede correr el riesgo de que fracase nuevamente las estrategias de descentralización promovidas por Alma Alta, y los Sistemas Locales de Salud, al depositar un carácter residual a la participación de la población y al no saber cómo se espera que la gente participe, cuáles eran las estrategias para llevarla a cabo, ni qué se espera de ella (OPS 1992:65).

Los SILOS son pensados como estrategia en la APS frente al desborde y falta de cobertura del nivel central, donde la descentralización permite integrar poblaciones marginadas (territorial y materialmente), aprovechando los recursos comunitarios existentes. Los SILOS no garantizan la APS sino que se reducen a una eficiencia financiera: ampliar la cobertura, a bajo costo y calidad. Aquí la APS apunta a mitigar los síntomas de vivir en sociedad en vez

⁹ Son los efectores públicos y privados que ha pedido de la ley “deberá contar con una oferta de servicios que minimice el desplazamiento de los afiliados para acceder a los mismos” (Contrato BPS/FONASA 2007)

de actuar sobre los modos de vida de la población y su ambiente. Cumple una función de mantenimiento y no de prevención y promoción estructural (OPS 1992:12). El sistema actual entonces, recoge aquí, los rasgos dominantes del "sistema" anterior.

Programa Nacional del Adulto Mayor

Es el Ministerio de Salud Pública (MSP) el agente encargado de ejecutar las políticas específicas en materia de ancianidad y de coordinar su aplicación con otras instituciones públicas de acuerdo a lo previsto por el Artículo 1º del Decreto 320/99, de la Ley 17.066. Dentro de él, es el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) el que debe reglamentar las legislaciones vigentes en materia de adulto/a mayor.

El PRONAM empieza a encaminar sus acciones prácticas y técnicas a partir de la ley 17.066 que reglamenta las condiciones de las habilitaciones de Hogares, Residencias, Centros Diurnos - Refugios Nocturnos y Servicios de Inserción Familiar a través de funciones de policía sanitaria. Se considera que estas funciones no le son propias, quitándole capacidad de dedicación a su función programática. Por ello las inspecciones se encuentran en el área de Habilitaciones de Servicios de Salud en Adultos Mayores (Alberti, 2008). El Programa comenzó a implementar cursos de nivelación para la habilitación de establecimientos, pero los mismos fueron escasos y no contaron con apoyo ministerial para alcanzar al interior del país ni documentarlos. Contando en el 2005 con sólo cinco inspectores de establecimientos para todo el territorio, se comienza a reflotar su equipo y hoy son más de 50 personas cumpliendo la tarea (Muñoz, en Pág. Ofic. MSP, 2006). La rigidez del decreto hace que en el 2005 sólo estuvieran habilitadas 35 "casas de salud", quedando por fuera todo un mercado negro de residenciales (Basso, en: Public. Dig. La República 2008). Por ello, esta Unidad realiza desde el 2006, una categorización que exige para la habilitación, por lo menos, condiciones mínimas de capacitación de recursos humanos, además de condiciones de infraestructura adecuada. El MSP desde el 2006 retoma los cursos de capacitación para el personal de los mismos (Basso, 2008). La categorización de todo residencial debe ser fácilmente identificable para las personas que quieran acceder a ella, lo que permite el control ciudadano de los mismos, exigir cuidados y servicios acordes o superiores al nivel de atención.

Dentro de los objetivos específicos del Programa encontramos, "asegurar el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual así como su autonomía e independencia, potenciando las actuaciones de prevención del deterioro funcional y promoción de salud" (De Marco, 2006). En coherencia a las prioridades del SNS, en el 2005 comenzaron a implementarse cursos sobre atención al adulto/a mayor en el Primer Nivel de Atención para el personal que trabaja a este nivel tanto en el ámbito público como en el

034186



privado (De Marco, 2008). Los cursos no dependen del PRONAM sino de ASSE (“Unidad Ejecutora”).

El PRONAM no tiene a la fecha proyectos específicos sobre otros ámbitos que trasciendan la institucionalización. Tampoco proyectos específicos que trasciendan el fomento de una vejez con alto nivel de función cognitivo y mental. Nos referimos a la ausencia de programas de atención que integren la dimensión social, a nivel de la comunidad, concerniente a los modos de vida de la familia, las redes y ámbitos de inserción del adulto mayor donde lleva adelante su vida cotidiana. Podemos ubicar aquí unidades de media y corta estancia en la comunidad que facilite el cuidado provisto por las familias.

Todavía no existe un “Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos (...) –en los que- se consagran como sus derechos” (Ley 17.796; 2004). Dicho Plan, es encomendado al Ministerio de Salud Pública, en el Art. 3, de la Ley 17.796 sobre “Normas para la Promoción Integral de los Adultos Mayores”. No obstante, por iniciativa del MSP, se ha creado un Comité para reglamentar la Ley 17.796 donde se trabaja interinstitucionalmente con organismos del Estado y la sociedad civil¹⁰, a partir de cuatro áreas: “la salud, la integración social y condiciones de vida, asesoramiento y protección legal y la seguridad social” (De Marco, 2006). Aunque el esfuerzo parecería estar dado por una concepción abarcativa de la salud, se sigue poniendo énfasis en la visión biologicista de la misma en cuanto: el Programa procura “el establecimiento de una red de servicios integral integrado de salud, sociosanitario tanto en el ámbito público como en el ámbito privado”(…) “Crear servicios intrahospitalarios con un enfoque desde lo preventivo y altamente rehabilitador desde la internación” (De Marco, 2006). Y estas concepciones se plantean, ya que desde el PRONAM, gravita la pretensión de reconocerse normativamente como organismo abocado “sólo a la salud” (De Marco, 2008) de los adultos/as mayores, y no con su competencia actual, como rectora a nivel de las políticas estatales para el/la adulto mayor. Desde el PRONAM, la salud se reduciría sólo a lo médico sanitario sin una visión de globalidad y holística de la misma. Se podría haber seguido trabajando desde el Comité en pro de una política integral del/la adulto/a mayor, desde una concepción abarcativa de la salud, pero el pasaje a una política sanitaria delimita también el lugar de las otras políticas. “El MSP no puede ser responsable de la vivienda por ejemplo” (De Marco, 2008). La salud como vimos, se refracta nuevamente como a-social. Aún así su integración al Comité, como de otras instituciones, permite articular las distintas áreas que hacen a la salud como hemos definido en el presente trabajo. El cometido principal del Comité consiste en poner sobre la mesa la temática del adulto mayor y la sensibilización de autoridades sobre la temática.

¹⁰ Ministerio de Turismo y Deportes, BPS, Intendencias Municipales, MEC, MOTVA, MIDES, MSP, así como ONGs que trabajan con adultos/as mayores principalmente del barrio Teja y Peñarol. De Marco, 2008.

Destacan así, actividades desarrolladas desde Presidencia de la República como talleres sobre “abuso y maltrato”, “intercambio intergeneracional” desde los jóvenes promotores de salud de la IMM. Se bosqueja que sería en el futuro promulgado el “Instituto del Adulto Mayor”, donde se encontraría la rectoría de la política nacional sobre nuestra población de interés. El mismo estaría bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (De Marco, 2008).

Desde el PRONAM se parte de la máxima que “un envejecimiento saludable es aquel donde las personas participan activamente” (De Marco, 2006). Así, se institucionaliza el paradigma del “Envejecimiento Exitoso” en lo que serán proyectos piloto como se verá más adelante y en documentos específicos como se verá a continuación. Recordemos que en este paradigma, la promoción no engloba un concepto de salud integral como definimos en el presente trabajo, sino que se reduce a capacidades funcionales. El mismo paradigma de fondo lo encontramos en las “Fichas Temáticas I y II” del PRONAM que postula la misma premisa (PRONAM, 2008). Se hace hincapié en la actividad física, con ropa acorde (de algodón, zapatos con suelas flexibles), recomendaciones para evitar ciertas enfermedades de más riesgo en la “vejez”, por ejemplo, mediante dieta rica en calcio y cereales, legumbres, verduras, frutas, carnes, quesos, aunque con la consideración de que “dentro de cada grupo de alimentos elija aquellos más adecuados a su presupuesto familiar” (ídem) por tanto, se acepta sin más que los/as adultos/as mayores con escasos ingresos no tendrían derecho a una dieta ideal.

La reglamentación de la ley de promoción todavía no se concretó. Según la entrevista a uno de los representantes del PRONAM, la misma engloba buenos principios pero no se contempló el financiamiento para traducirlos operativamente (Alberti, 2008). Tampoco hay leyes concretas que reglamenten modos de atención para la/el adulta/o mayor de acuerdo a esos principios, sino lineamientos generales de lo que debería ser la atención para dicha población. Respecto a estos lineamientos, hablamos de “Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos”. Los mismos incorporan la concepción biologicista de la vejez como definimos al comienzo del trabajo (en “Concepción de adulto/a mayor y adulto/a mayor dependiente”) y por tanto define al adulto mayor dependiente (o “vulnerable”) como aquel que “presenta una serie de factores médicos (procesos crónicos invalidantes, polifarmacia, etc.), deterioro funcional o mental (...)”; y a diferencia de los restantes grupos de adultos mayores (“adulto mayor sano” y “adulto mayor enfermo”) es identificado solamente este, como el que tiene “problemas sociales (soledad, cambio de domicilio, ingresos insuficientes)” (PRONAM 2007:9-10). Se evidencia la concepción geriátrica de la vejez dado que, al realizar un diagnóstico de las patologías y riesgos de la población adulta mayor, si bien se base en los “Problemas de Salud” médicos (ídem, 10), incorpora una mirada “interdisciplinaria” (especializaciones dentro de la medicina), como es el aporte en el área social con el desempeño del “médico de familia”.

Rompe así el carácter biológico patológico de la salud como se propuso la geriatría en su surgimiento. Los Protocolos definen el Primer Nivel de Atención desde la APS. En tal sentido la promoción consiste en descubrir y tratar las enfermedades desde el primer nivel. De esta manera, los Protocolos se traducen en “herramientas” para “Diagnósticos y Tratamientos de los Síndromes Geriátricos”, dentro de los que se incluyen el Carné del Adulto Mayor (ob.cit., 3). Se pretende la promoción de la salud a partir de la detección de personas frágiles o vulnerables en la comunidad, así como la “formación, orientación y apoyo a cuidadores familiares” (ob.cit., 11). La APS no consiste tanto en prevenir la aparición de enfermedades mediante procesos de organización y participación comunitaria y su trabajo en la consideración de los modos y estilos de vida, sino en una “Guía de actuación (...) para un “Envejecimiento Saludable” (ob.cit., 21). Desde esta perspectiva la promoción consiste en “intervenciones prioritarias en la corrección de hábitos de vida no saludables (...)” (PRONAM 2007:15); así como se considera: “Un factor muy importante para el mantenimiento de la salud integral es el espíritu, la moral, la actitud con que vivimos y hacemos las cosas (...) si una persona considera que la vida es estimulante, significativa, interesante, incitante y no aburrida y tediosa, si persiste en propósitos importantes y vive experiencias satisfactorias, su organismo funcional mejora, se acrecienta su salud física y mental y resiste y vence a las enfermedades” (PRONAM 2007:22). Todo ello, en realidad no depende del individuo solamente, sino del entrono social favorable para que ello suceda y con la provisión material necesaria. Pensar que ello se logra sólo a expensas de la actitud de cada uno/a es un reduccionismo simplista.

Incluso la “Situación Social” del/la adulto/a mayor queda circunscripta a una serie de preguntas en el Carné del Adulto Mayor que hacen referencia a la participación en Clubes y actividades evaluadas según la frecuencia semanal; con énfasis en las que desarrolla la mayor parte del año. El Carné puede ser llenado por cualquier integrante del equipo técnico y el Protocolo pone a su disposición las siguientes consideraciones: “Luego de llenar el Carné Ud. podrá realizar un listado de prioridades a corregir, surgirán situaciones que merecerán corrección de hábitos de vida inadecuados (...)” (idem 19). Desde este ángulo, la intervención del Trabajo Social aparecerá toda vez que el médico general o de familia, por ejemplo, derive la situación según entienda que la misma no se ajusta a parámetros de participación, ni que la familia es “adecuada”. Acá se abre un espacio potencial para el debate a la interna del equipo técnico –en el caso que existan profesionales del Trabajo Social- y demostrar en la práctica que nuestra profesión no tiene por qué mandar y “corregir” a los sujetos, sino que tenemos que ver el lado de las posibilidades de la familia, sus determinaciones, consensuar con la familia qué es lo que cree conveniente y ampliar sus recursos de acuerdo a ello.

“Las pérdidas, según este paradigma, están asociadas a factores tales como hábitos cotidianos, alimentación, práctica de ejercicios, etc., todos ellos factibles de control y cambios” (Brigeiro 2005:4) En tal sentido la prevención y la promoción de la salud desde la política oficial se focaliza en la opción individual despojada de las determinaciones familiares, comunitarias y sociales que atraviesan el envejecimiento.

“Los modelos de envejecimiento exitoso en general, (...) pecan al generalizar premisas particulares y simples a contextos culturales diferenciados y complejos; aprisionan experiencias y valoraciones sociales diversas sobre el envejecer, bajo el auspicio de modelos estrechos y sin validación externa. Homogenizan prescripciones, sin matizar diferencias de género, raza y clase social, e ignoran las demás posibilidades que pueden caracterizar un buen envejecimiento” (Brigeiro 2005:5). Como sostiene Brigeiro, M. se corre el riesgo de estigmatizar a los/as adultos/as mayores que no alcancen ese ideal.

“Así, el problema que se configura es que: “la visibilidad conquistada por las experiencias innovadoras y exitosas –en referencia al modelo de envejecimiento exitoso– cierra el espacio para las situaciones de abandono y dependencia funcional propias del avance de los años. Estas situaciones pasan a ser percibidas como consecuencia de la falta de participación en actividades motivadoras o de la adopción de formas de consumo y estilos de vida inadecuados. En este sentido, la vejez más avanzada puede desaparecer de nuestro espectro de preocupaciones sociales, transformándose en un problema de consumidores descuidados, que fueron negligentes con sus cuerpos” (Brigeiro 2005:7).

A la vez cabe preguntarse ¿participación para qué? La crítica del envejecimiento exitoso radica en que la finalidad del activismo es hacer algo por el simple hecho de hacerlo, una vez que el retiro nos ha retraído de la “órbita pública” de la producción. Su finalidad es “estar en movimiento, independientemente del sentido que el sujeto y el entorno le otorgue a la actividad en cuestión” (Paredes y Col., 2006:24-25). Por tanto, la/el adulta/o mayor, deviene en un ser irreflexivo, que parece claudicar de expresar necesidades y deseos. El paradigma de envejecimiento exitoso o activo y el construido negativamente en torno al aislamiento y la quietud, “le escamotean al viejo la posibilidad de generar sus propios proyectos vitales autónomos, a partir de una concepción de vejez pasiva (aun en el activismo), reproduciendo y reafirmando una conducta social prejuiciosa (ídem 2006:25)”.

En cuanto al sistema de referencia - contra referencia, a tener en cuenta en las “prestaciones de salud” que define SNS, aún no se han normatizado para la población adulta mayor (Alberti, 2008). En tal sentido, la normativa regula la racionalidad del sistema de salud, pero aún, desde el Programa no se visualiza que estas herramientas pueden ser operativizadas para la población de interés. Por tanto, la coherencia entre los niveles que permiten hablar de sistema, en la atención al adulto mayor, aún no aparece. Es decir, utilizar las policlínicas de atención primaria de la salud como puerta de entrada al sistema (Villar

2003:56), desde el primer nivel, con un trabajo a nivel de la comunidad en promoción de la salud y en la detección de enfermedades y de allí derivar según un sistema de referencia contra referencia claro, a los otros niveles en las situaciones que correspondan. Esta ausencia ha sido expresada por trabajadores de la salud desde la policlínicas municipales del primer nivel que trabajan con adultos/as mayores: “se necesita una pauta para saber a dónde se deriva”, a la vez que, “cuatro horas es poco tiempo para hacer APS” y con ello sienten que caen en “asistencialismo”, toda vez que funcionan hacia adentro de la Policlínica rutinariamente; “no podés trabajar en APS dentro del consultorio” (SAS/IMM 2008), “difícil se está haciendo una medicina que salga del consultorio” (Dr. Clavijo, E. en SAS/IMM 2008).

Desde el PRONAM se reconoce que programas específicos para adultos/as mayores que trasciendan la institucionalización aún no hay. “Es que la promoción de salud está muy aceptada a la atención de niños y adolescentes” (Alberti, 2008). La atención a la población adulta mayor queda diseminada en otros programas que no son específicos para ella; como ser por ejemplo “la atención a la mujer atienden adultas mayores, grupo de hipertensos coincide con que hay muchos adultos mayores” (Alberti 2008).

Si no están definidos los niveles de atención para esta población, ¿en qué situaciones debe o no permanecer en la comunidad?, ¿cómo definir cuándo se institucionaliza? y de ello, ¿cómo articular la coherencia de niveles con los proveedores privados de servicios de internación, que son los que abarcan la mayoría de las plazas existentes?; en definitiva, ¿cómo lograr el concepto de salud integral definida por la nueva ley? La inspección de estos establecimientos, como vimos, no depende del PRONAM, aumentando la complejidad de la política. Tampoco las inspecciones tienen como cometido realizar dicha articulación, sino vigilar si los proveedores privados cumplen las condiciones, pero aún ellos quedan como una esfera aislada.

Se puede pensar que el Carné del Adulto Mayor implementado desde agosto de 2006, puede ser una hoja de ruta que organiza los niveles de atención en pro del “tratamiento” del/la adulto/a mayor. Sin embargo se trata de un documento en propiedad del/a adulto/a mayor que racionaliza el “tratamiento” no desde la persona en su circulación a través de niveles claramente articulados, sino a partir de la persona aislada de ellos. El Carné trata de observaciones de los especialistas, dirigidas a la persona cada vez que se atiende en los distintos niveles –ejemplo policlínica, Hospital- principalmente para evitar la “duplicación de exámenes” y la “polifarmacia” (De Marco, 2006).

Aunque no existe una estructura de atención integral para el/la adulto/a mayor, los documentos elaborados engloban las consideraciones sobre la ineficacia e ineficiencia del gasto del sistema anterior en el segundo y tercer nivel de atención, y como punto de partida priorizan la atención en el primer nivel. Esta estrategia sanitaria, en los hechos reedita el disciplinamiento y la invasión más visible de la intimidad de los sectores más pobres, dado

que sus escasos ingresos los convierte en la población usuaria y/o beneficiaria del nuevo sistema de salud. Los estratos más pudientes económicamente pueden contar con otros recursos que no le implican a las familias convertirse directamente en “antídotos” del proceso salud-enfermedad del/la adulto/a mayor, derivando los cuidados en otras personas e instituciones. Así se puede evidenciar diversos paquetes de atención en el mercado que incorporan tecnologías de avanzada y a alto costo, aumentando el valor de los servicios. Las familias más pudientes se liberan así de caer en el foco de la disciplina y la culpabilización.

Los protocolos siguen la línea asumida por el SNS en cuanto no reducir la salud a lo asistencial y también por ello se pretende evitar la institucionalización enmarcada en el paradigma del envejecimiento exitoso y activo. Pero al definir la atención en el primer nivel de atención a “consejos” y prescripciones técnicas, se reduce implícitamente a lo asistencial sin un verdadero trabajo participativo con la comunidad en la prevención y promoción de la salud. Así por ejemplo, se podría pensar en trabajos comunitarios desde el nivel medio de intervención profesional, a partir de talleres de sensibilización y educativos, en pro de un proceso de cambios culturales sobre los mitos asociados a la vejez y con ello, del acercamiento y entendimiento entre las generaciones. Así por ejemplo, se podría abordar el mito del/a adulto/a mayor como ser asexuado: “Uno ya no anda así como cosechando mujeres, ¿me entiende?” -Walberto, 75 años-” (Paredes y Col 2006:44). Se pone en evidencia, la cultura hedonista circunscripta a la juventud. En las “Fichas Temáticas”, ingresa la “temática” de la apropiación de los derechos sexuales en adultos/as mayores. Pero en referencia a ello hay que hacer una salvedad, “(...) los saberes y prácticas especializados cambian los parámetros de normalidad –anormalidad respecto del ejercicio sexual en la vejez” (Brigeiro 2005:9). Es decir desde la gerontología, al hablar de promoción de la salud en la vejez, se promueve el ejercicio de la sexualidad de forma activa, en comparación a tiempos anteriores en que se evaluaba de manera negativa; igualmente el desvío a la nueva norma es medicado y/o visto como enfermedad (Brigeiro, 2005). Esta nueva norma puede ejercer presión y representar en los sujetos sentimientos de conflictividad, al ser socializados bajo el mandato social de restricción a un tema tabú. Esto se puede observar principalmente en la mujer, quien en virtud de la construcción de subjetividades de género más marcadas en generaciones anteriores, ha casi anulado la posibilidad de gratificación y placer, tomando la sexualidad como centro de reproducción (Paredes y Col., 2006).

Otra manifestación vinculada a la imagen social de “la vejez” y que se traduciría en un área de política de salud pública es, como vimos, la percepción y auto percepción negativa de la misma, la vinculación de enfermedad-perdida de autovalía, que encuentra reacción de sus protagonistas a través de deseos suicidas y la muerte como salida de esa “situación” socialmente construida (Paredes y Col., 2006:104). “La dependencia es dramáticamente planteada por varios de los varones entrevistados. Llega a plantearse la idea de la

autoeliminación como respuesta posible ante una situación que se concibe como intolerable, señalando un significativo factor de riesgo que es consistente con la prevalencia de suicidios que se registra en nuestro país” (Paredes y Col. 2006:45).¹¹ Estas ideas generalmente afectan más a los hombres dado que sienten más el vacío de la actividad laboral como ámbito de socialización donde giraba su vida y su identidad de género, siendo difícil que se integren a otras actividades, que en ocasiones revisten un carácter “doméstico” (Obreque 2005:5). Vinculadas a aprendizajes asociados socioculturalmente al género femenino como el tejido, las manualidades, la yoga, etc.-.

Desde el PRONAM, no se reconoce aún en el discurso cómo trabajar con la familia y la comunidad (Alberti, R. 2008), aunque se deposite en ellos la responsabilidad de los cuidados.

ATENCIÓN A LOS/LAS ADULTOS/AS MAYORES CON RELATIVOS GRADOS DE AUTONOMÍA BIO-PSICO-SOCIAL

¿Envejecer en Casa?

Actualmente, gravita el paradigma que tiene por fin recuperar lo más que se pueda el nivel de función de los/as adultos/as mayores dependientes, poniendo énfasis en potenciar las Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Se trata aquí de que los/as adultos/as mayores dependientes con distintos grados de dificultad en las mismas, puedan realizarlas con una ayuda acorde sin delegar completamente estas actividades a otra persona. Como vimos este paradigma es de corte biologizante ya que habla en términos de ausencia o presencia de enfermedad y/o discapacidad, y su propuesta nos remite nuevamente al de un “Envejecimiento Saludable”.

Se pretende evitar el mayor tiempo posible la institucionalización del/a adulto/a mayor y permitir que el/la mismo/a permanezca en comunidad y en el entorno familiar.

De hecho, la mayoría de los/as adultos/as mayores del país viven en Montevideo y están insertos también la mayoría en la comunidad. En Montevideo la población adulta mayor catalogada como “dependiente” alcanza sólo a un 6%¹² de los/as adultos/as mayores, siendo muy factible que se puedan implementar programas que contengan las aspiraciones de este paradigma en todo el país. Esta proporción es pequeña, aunque no deja de ser significativa en su tendencia que habrá de aumentar y debe ser tomada en cuenta para la

¹¹ Este tema merece un estudio específico dado que Uruguay es el principal país de América Latina en presentar las tasas más altas de suicidios por cada mil habitantes.

¹² Esta cifra corresponde a la “autopercepción” de las limitaciones para realizar dos o más Actividades de la Vida Diaria y Actividades Básicas de la Vida Diaria. (Rossi; Triundo 2004:13-14)

planificación de políticas a largo plazo. (Rossi; Triunfo, 2004). Desde aquí encontramos dos proyectos específicos: el “Programa Oro” y el “Proyecto de Reconversión del Modelo de Atención a los adultos mayores”.

Respecto al “Programa Oro”, en el 2004 se trató de implementar un sistema integrado de atención a la salud de los adultos mayores, en un esfuerzo conjunto entre el MSP y la Intendencia Municipal de Montevideo. El mismo parte de la experiencia en la zona Este de Montevideo para “usuarios” de ASSE, en la promoción de los adultos mayores en la comunidad, a partir del aprovechamiento de los recursos disponibles y “de mínimas inversiones” (SMU 2004:41) –nos recuerdan las características que asumen los SILOS como vimos-. Para ello, fue necesario el relevamiento y difusión de los recursos comunales, así como la “detección de adultos mayores vulnerables” para lo cual se capacitaría a los recursos humanos de la comunidad y de los servicios del primer nivel de atención en salud. Una tercera fase la constituiría la capacitación en la prevención de los problemas de salud “más frecuentes en los ancianos” (SMU 2004:41)

En referencia al segundo, se trata de un documento elaborado en el 2005 por instituciones del Estado¹³, el cual propone un “Envejecer en Casa”; donde el adulto mayor autoválido y dependiente reciban una diversificación de servicios en base a la heterogeneidad de este grupo etéreo y “unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario” (VV.AA. 2005:3) –subrayado mío-. Se propone un modelo y sistema centrado en el “apoyo, capacitación, información y soporte emocional y/o respiros para los cuidadores familiares” (ídem). Se propone un modelo centrado en la persona mayor donde los mayores participen en la evaluación de programas y servicios. También enfatiza el “envejecimiento activo” (VV.AA. 2005:9).que implica la prevención primaria en salud, secundaria y la prevención terciaria y elabora un Plan integral de actividades con inserción comunitaria en base a Áreas de Salud, Zonas de Salud y SILOS respectivamente a cada nivel de atención. Esta propuesta es positiva en tanto descongestiona el perfil médico-hospitalario en la acepción de los programas existentes para adultos mayores, poniendo énfasis en el perfil socio-sanitario, civil, político, cultural: contribuye a cambiar el imaginario en torno al/la adulto/a mayor a partir de su participación, como asunción de una ciudadanía activa y con responsabilidad, ya no como residuo social. Aunque por cierto, se sigue contemplando la participación ciudadana, como etapa final (OPS, 1992) o como una formalidad del proyecto.

Ambos proyectos no demostraron sostenibilidad en el tiempo ni proyección a convertirse en una política que se pueda dar como respuesta sistemática a la atención del/la adulta mayor.

¹³ Las instituciones que participaron en su elaboración son el Programa del Adulto Mayor del MSP, el Hospital Piñeyro del Campo y el Servicio de Atención a la Salud de la IMM

Lo que hoy se plantea como estrategia sanitaria puede verse como otra forma de “reproducción social” (Lasch 1991:40) en los últimos años de vida con existencia de limitaciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, dentro del sistema que las produce. Por eso, coincidiendo con Villar (2003), no se debe confundir sector salud con sistema nacional de salud, y en tal sentido, este último implica coordinar acciones entre distintos organismos que involucran la producción socioeconómica y las políticas sociales.

“En nuestro país lo único que se ha desarrollado es la larga estancia y entre la familia y la larga estancia no hay nada, y como el sistema de salud actúa sólo en la situación de crisis, como el bombero, pero no previene, no hay seguimiento continuo y no hay apoyos sociales. Generalmente eso deriva o en sobrecarga o en ingresos hospitalarios a veces innecesarios” (Savio en ERTBPS 2003:131). Sólo el 2,4% de la población viven en residenciales (Paredes; Huenchuan, 2006)

El único hospital estatal para adultos/as mayores “dependientes” es el Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo. Su creación fue pensada desde 1860 como “Asilo de Mendigos”¹⁴, albergando desde ese año, a ancianos de ambos sexos (Prats 1980:108-109). Así la atención en salud para adultos/as mayores se realizaba no tanto en función de su edad sino en el sesgo asistencialista para atender los problemas sociales y económicos de la población más pobre. Los hospitales encuentran su acervo histórico, como vimos, en la constitución de la sociedad disciplinaria que todo lo vigila, y controla las “anomalías”: “Nuestros establecimientos de beneficencia presentan un conjunto admirablemente coordinado por medio del cual el indigente no permanece un momento sin socorro desde su nacimiento hasta su tumba” (Foucault 1991:307). Podemos extrapolar el ejemplo de institucionalización psiquiátrica al del/a adulto/a mayor dependiente: (...) “recibir el diagnóstico de enfermedad mental equivalía al encierro en una institución especial o manicomio en la que el cuidado fuera tan complejo que con frecuencia se prolongaba durante toda la vida” (Castel 1986:235). Podemos ver cómo desde la primera mitad del siglo XIX existía una concepción de exclusión y encierro de todo aquello que estuviese en desajuste con lo “normal” tipificado por los especialistas; aquel que poseyera las secuelas de la vida en sociedad de forma “patológica” (no tolerable para el denominador común de la sociedad) era aislado. La prevención no era para el sujeto en cuestión sino para el resto. Así la figura del vagabundo, el anciano pobre, desafilado de las instituciones sociales era enviado a un asilo.

Lógicamente que la demanda existente ya sea de adultos mayores “independientes” o no es mucho más de lo que la institución puede absorber y por eso los requisitos de ingreso se han elevado dejando de ser lo que el imaginario colectivo sostiene, un asilo de ancianos

¹⁴ Sus antecedentes se encuentran en el Gral. Rosas, quien ordenó crear “22 casas para vagos, mendigos y ancianos” durante el Sitio de la Guerra Grande. Siendo una de ellas el antecedente del Hospital Hogar. (Prats 1980:108)

superpoblado y hacinado. Así demostrar situación de ausencia de recursos familiares y económicos sigue siendo central (Poder Judicial, 2006:1)¹⁵.

La focalización en los “desafilados” más que dispositivo de control del sistema obedece hoy, al desmantelamiento económico que en materia de política pública se ha sucedido desde la década del 70, al momento de evitar el deterioro social de la población, como de invertir en ella, como vimos.

Visto los nuevos paradigmas de la gerontología actual, nos encontramos con la coexistencia de la vieja concepción asilar, pasando a principios del siglo XX al concepto de rehabilitación y en los '80 a la promoción de un envejecimiento activo y satisfactorio (Zolotow, 2005). De la modalidad tradicional de hogares de ancianos, en gerontología hoy se habla de “instituciones inteligentes” (idem 2005:52) donde los servicios contemplan la heterogeneidad de los/as adultos/as mayores. Es decir, de una institución cerrada y con normas rígidas a una abierta a la comunidad con normas que concilien los intereses entre residentes, personal y directivos, de una negadora del conflicto y reactiva a otra innovadora y creativa; de una verticalista a otra que promueva el liderazgo y el empoderamiento (Zolotow, 2005).

Recién en los últimos 8 años, el Hospital Hogar Piñeiro del Campo, proyecta su reconversión de un modelo asilar, a lo que define como modelo “geriátrico”, es decir, el modelo médico que define al/la adulto/a mayor autovalido, frágil o vulnerable y al/la adulto/a mayor dependiente, con énfasis en la rehabilitación. Se habla de bienestar psicológico, social y biológico, pero siempre en atención a la graduación de la presencia de enfermedades. Los servicios del modelo comprenden cuatro Unidades Médicas. Una Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos que atiende a adultos/as mayores con estado terminal y con discapacidad severa. La Unidad de Psicogeriatría, que atiende a pacientes con patologías psiquiátricas y que no son autoválidos. La Unidad de Demencia que atiende a personas con trastornos profundos como el Alzheimer principalmente. Por último, la Unidad de Autoválidos que atiende a pacientes con enfermedades crónicas y con deterioro físico a moderado. Dentro de esta última se encuentra la Unidad de Media Estancia, para adultos/as mayores “frágiles” y con potencial de rehabilitación” luego de procesos de convalecencia aguda. Dispone de 12 camas para pacientes que tengan “un domicilio al que retornar” (Pág. Ofic. MSP, 2007). Durante la internación que se estima en un mes, el cuidador principal recibe capacitación sobre los cuidados al/la adulto/a mayor una vez en comunidad, con el consiguiente seguimiento desde el Primer Nivel de Atención (idem 2007).

¹⁵ El mismo permite el ingreso sólo de mayores de 65 años con jubilación y/o pensión mínimas y que no posean ningún tipo de propiedad. “En suma, los ingresos están supeditados a la asociación de vejez, enfermedad con dependencia y pobreza que deben confluir en un mismo individuo usuario de A.S.S.E” (Poder Judicial 2006: 1).

También se encuentra el Centro Diurno, donde los/as adultos/as mayores realizan distintas actividades en un tiempo de 8 horas y luego retornan a sus hogares. En este último caso el ingreso es para adultos/as mayores autoválidos/as y parcialmente autoválidos/as, con la condición específica de tener una familia responsable de él/ella y que abonen una cuota mensual¹⁶. Aquellos adultos mayores “frágiles”, con escasos recursos, que están solos o que su entorno de cuidados no puede proporcionar los mismos, no entran en la ecuación. A la vez, todavía no se ha pensado cómo integrar este establecimiento al FONASA (y por tanto al Sistema) por las cuotas diferenciales según se pertenezca a ASSE o al “sistema” mutual.

La existencia del Centro Diurno y la Unidad de Media Estancia, es uno de los indicadores que permiten dar cuenta del cambio de modelo. En tal sentido, se trata de generar alternativas que eviten la internación definitiva, sumado como vimos, a los cursos de capacitación a cuidadores, voluntarios y técnicos, en el Primer Nivel de Atención, brindados por ASSE, pero desde la atención geriátrica integral –como ser por ejemplo prevención de caídas- (De Marco, 2008).

El Hospital también cuenta con el Servicio de Inserción Comunitaria, donde los cuidadores del mismo atienden a los ancianos en sus domicilios. Pero este servicio no es para todos/as dado los requisitos: “vivir en la región Este de Montevideo, tener un núcleo familiar bien constituido, una casa decorosa y que no haya otras personas mayores en el domicilio” (El País digital, 2005).

A nivel estatal y nacional, también funciona un Centro Diurno en la Cátedra de Geriatria del Hospital Universitario –Hospital de Clínicas- que atiende adultos/as mayores con deterioro leve a moderado de Alzheimer. Estos son los tres únicos centros de mediana y corta estancia que funcionan a nivel de salud pública.

Por otro lado, el PRONAM junto con la Cátedra de Geriatria de dicho Hospital y la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (A.U.D.A.S.)¹⁷ están ofreciendo cursos “psicoeducativos” a cuidadores “formales” y no “formales” de adultos mayores con Alzheimer y se pretenden ampliar en todo el país.

Más que indicar y educar en cuidados únicamente, se podría pensar en acciones tendientes a fortalecer y brindar apoyo a los/as cuidadores/as para reducir la presión y la tensión a la que se enfrentan. Esto podría lograrse a través del compartir estrategias entre familiares, con la existencia de grupos de ayuda mutua como existen en otros países (Sánchez, 2000). Cuidar a los que cuidan, sería el lema. Existen investigaciones sobre los procesos de institucionalización que establecen que la misma depende no tanto del nivel de

¹⁶ El “usuario” que se asiste por Ministerio de Salud Pública debe abonar \$203 mensuales y aquellos que tienen cobertura mutual \$2000 mensuales. El Centro del HPC tiene una capacidad para 37 adultos/as mayores. Información brindada por Nely Regalo, Centro Diurno del Hospital Piñeyro del Campo, Marzo de 2008

¹⁷ Dicha Asociación cuenta con un decálogo para guiar a los familiares al tratamiento de los pacientes, permitiendo ofrecer los cuidados a partir del conocimiento de la enfermedad. Hoy se conoce que esta enfermedad no es típica de la vejez sino que se ha encontrado en edades adultas.

funcionamiento del/la adulto/a mayor, sino de la sobrecarga de trabajo de los cuidadores (Sánchez, 2000). La ventaja de los grupos de apoyo mutuo es que los participantes pueden verlos como “una opción natural” (ob.cit. 2000:184), sin sentirse estigmatizados, ya que otras personas también se encuentran en situaciones similares. En los grupos de ayuda mutua, familiares y amigos cuidadores del/la adulto/a mayor, pueden intercambiar información y enlaces con instituciones, que ofrezcan servicios de atención que ellos no pueden cubrir. Así también el intercambio de ideas y destrezas, para superar problemas puntuales en la provisión de cuidados (Sánchez, 2000). Además reporta a las personas compartir sentimientos, y pueden encontrar un ámbito de reflexión y construcción conjunta. “Así, se torna prioritario que la familia perciba que los cambios de su vida dependen mucho de su participación en movimientos reivindicatorios organizados, en busca de mejores condiciones de vida” (Mito 1997:125). Estos grupos pueden hacer públicas las exigencias que a las familias le reportan los cuidados, para que se busquen soluciones entre las dependencias del Estado y la sociedad civil.

Un esfuerzo similar lo encontramos en los proyectos de extensión universitaria del Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología. Uno de los proyectos consistió en trabajar con grupos de adultos mayores de distintos departamentos, en articulación con equipos de Psicólogos (estudiantes y docentes), recursos locales interdisciplinarios y la RTVE. Es decir, la Red Temática sobre Vejez y Envejecimiento, integrada por servicios universitarios¹⁸ que trabajan con la temática del adulto mayor con un enfoque multidisciplinario (Pág. Web. Fac. Psicología, 2002-2003). El objetivo era la identificación de problemas por parte de los grupos a ser abordados por los mismos, buscando su protagonismo. Algunos grupos –Rocha y Nueva Palmira- formularon proyectos de “apoyo a las personas solas o institucionalizadas” (ídem 2002-2003). La capacitación a los grupos, según el equipo de extensión, impulsó “espacios de discusión, reflexión y elaboración del momento que cada uno de estos grupos atravesaba” (ídem, 2002-2003). Se podría proponer también que esta experiencia se extendiera a grupos intergeneracionales, que permitan el abordaje de los prejuicios sociales en torno al/la adulto/a mayor, subyacente al encuadre de trabajo grupal.

Nos parece acertado contemplar en la atención de la salud del adulto/a mayor a la familia y la comunidad como proponen las políticas sociales de salud gubernamentales. Pero el problema es que, en estas políticas es la familia quien debe ofrecer los cuidados, concibiéndose de manera utilitaria e instrumental, apareciendo expresiones como estas: “En cuanto a lo social, en algunas condiciones un pequeño problema de salud en un adulto

¹⁸ Facultad de Psicología, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Facultad de Derecho, Facultad de Enfermería, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Escuela de Nutrición y Dietética, Sub programa de Atención a los Adultos Mayores, Programa Apex – Cerro.

mayor vulnerable resulta desencadenante de una crisis si el contexto sociofamiliar es inadecuado” (PRONAM 2007:14). Como todo desvío a la norma, en este caso la enfermedad, tradicionalmente acarrea una sanción, se pueden encontrar aquí dos estrategias medicalizadoras o “sanitarias”: una que juzga el acceso o no de los sujetos a la realización de actividades o funciones (en este caso identificando a las familias como aptas y no aptas). Y otra, remite a los patrones de conducta interiorizados en la sociedad que permiten un autocontrol y una autorestricción de los individuos en el cuidado de la salud (Mitjavila, 1998). Sería lo expresado por Weinstein (1989) cuando menciona el hecho de que la sociedad capitalista infunde el sentido de culpa y de autorepresión para ajustarse a la norma y esto bloquea una de las capacidades de su concepción de salud, la de goce. La paternalización de la salud, se ve en el arbitraje técnico de la moral: “El equipo de salud debe validar o desculpabilizar las alternativas al cuidado en domicilio cuando la medida es pertinente y adecuada” (PRONAM 2007:49).

Por ello, es de fundamental importancia que la profesión coloque en el análisis del entorno de cuidados los aspectos sociomateriales de la vida y simbólicos que la determinan. Los recursos con los que cuenta la familia, sus vínculos secundarios (comunidad, instituciones), sus creencias, su vida cotidiana. En vez de imponer o corregir conductas de acuerdo a una norma de salud, hay que ver las determinaciones que atraviesan a las familias y tener en cuenta lo que ellas creen conveniente para aumentar su calidad de vida y la de sus mayores. En vez de exigirles, la acción profesional debe dotar a la familia de una serie de recursos (Mito, 1997) De acuerdo a ello, veamos en el siguiente capítulo con qué recursos cuentan (además de los sanitarios), las familias y los/as adultos/as mayores.

Profundizando en el análisis, observemos que tan naturalizada y mandatada está la familia en la provisión de cuidados: “Si se debe institucionalizar o trasladar a su familiar, usted no pierde su rol de cuidador, sólo lo realizará de otra forma” (PONAM 2007:49). Dentro de los Protocolos, la “Guía para familiares y cuidadores” en “cuidados preventivos para mayores de 65 años”, establece: “Deben cuidar de sí mismos para poder seguir ejerciendo su rol de la forma más apropiada” (...) “Deben tomar vacaciones o “respiros” periódicamente” (PRONAM 2007:49). El problema de fondo es en realidad, la asimilación del cuidado a la esfera doméstica y “privada” que no ingresa a la identificación de problema público y por tanto que compete al Estado y la sociedad en su conjunto. Es la mujer quien tiene un rol central en la gestión de la salud de los miembros del hogar (ERTBPS, 2003), es ella quien en relación a su supuesta “función natural” representa el 84% de quienes ejecutan las tareas domésticas en Montevideo y Área Metropolitana (Marco, F. 2007:15). Hablamos del trabajo invisible de la mujer que no se considera como tal en función de los estereotipos de género, y por tanto no es remunerado; pese a que el sistema de cuidado hace al funcionamiento económico y a la seguridad social, en definitiva, a la sostenibilidad del sistema. A la vez, hablamos del trabajo

remunerado en servicios personales de cuidado que también se inclina sobremanera a las mujeres (trabajo independiente), pero que no implican empleos de calidad y con garantías formales y muchas veces no están capacitadas. En este último caso, la “profesionalización de los servicios de cuidado”, permitiría la formación técnica que mejoraría la calidad del servicio, y con esto “el incremento del valor social y económico que se atribuye a la labor” (Marco, F. 2007:19). Se trata más bien, de poner énfasis en la formación a estos recursos y no al cuidado intra-doméstico como proponen los cursos de capacitación ya mencionados, que reproducen el trabajo invisible principalmente de la mujer. Todo ello, claro, sería posible en caso de que los sistemas de cuidado así planteados, se consideren como un “bien público” (Marco, F. 2007:19).

En referencia a ello, encontramos aportes desde el debate reciente sobre Seguridad Social¹⁹, que dado las consideraciones de la sobrecarga de la labor femenina, postula la “instalación de una infraestructura del cuidado” (ídem). Se contempla la “implementación de servicios de cuidados domiciliarios, creación de servicios en la comunidad acorde a las necesidades identificadas de los adultos mayores, por ejemplo centros diurnos” (DNSS, Mesa Temática 1, 2007:7), a la vez que aspectos indirectos del cuidado, tales como servicios de lavandería, comedores, etc. “La difusión de estos servicios ya sea completamente mercantilizada o a bajo costo subsidiada por el Estado parece utópica, pero no por ello se debe dejar de mencionarla” (Marco, F. 2007:19)

Se dice que en América Latina las personas son socializadas en valores de reciprocidad que permiten relaciones intergeneracionales continuas; en comparación a los hogares de otras sociedades occidentales desarrolladas –EEUU por ejemplo- donde los miembros de la familia son socializados en valores de individualismo e independencia (Sánchez, 2000). En realidad, en nuestro país los hogares extendidos no necesariamente se forman en virtud de estos valores sino más bien por amortiguar los “efectos” de la pobreza. Las familias de clase media y altas pueden contar con más posibilidades de disociar más a sus miembros en pro de proyectos personales autónomos y sostenibles materialmente. En los ‘90 la pobreza en la población adulta mayor se redujo, pero luego del 2002 pasa del 10 al 16% de la misma (Presidencia de la República 2007:10). Existe una clara polarización dentro de esta población, ya que la pobreza en hogares unipersonales conformados por adultos/as mayores “constituye una categoría casi residual”, “al tiempo que los hogares que suelen incluir hijos (nuclear, monoparental y extendido) representan prácticamente el 90% del total (ob.cit. 2007:11)”. “Para el caso de las familias pobres hay que hacer notar que el tipo de hogar extendido (asociado a una estrategia de generación de economías de escala) es quien soporta la mayor carga demográfica, en la medida que en su interior presenta menores de 18 años y mayores de 65.” (Presidencia de la República 2007:11)

¹⁹ “Diálogo Nacional sobre Seguridad Social”, Montevideo 2007

En referencia a la familia, “ao mesmo tempo que a sociedade a enaltece, ela também a oprime” (Mioto 1997:117). Siguiendo a Mioto, la familia tiene que enfrentar situaciones “extremadamente contradictorias” en su vida cotidiana; mientras que se espera de ellas desde el medio social, que cumplan sus “funciones básicas” en la crianza, socialización y protección de sus miembros, no encuentra condiciones objetivas para ello.

Veamos algunas contradicciones que se pueden dar al tener en cuenta la solidaridad intergeneracional que implica al entorno de cuidados que la política pone de relieve y en la que el Trabajo Social puede actuar en el proceso de salud. La disminución en el ingreso puede llevar al adulto mayor a colocarse en “una situación de mayor dependencia en la familia” (Sánchez 2000:135). Esta dependencia económica puede incluso manifestarse en una relación desigual de poder que en virtud de ello lleven al adulto mayor a no tomar sus propias decisiones y tener un lugar relegado en la dinámica interna del hogar. También puede ocurrir que sin importar la cuantía de su contribución al hogar, otros miembros del mismo apoderados de su cobro, lo utilicen en provecho propio no respetando las necesidades del/la adulto mayor e incluso endeuden o empeñen a este/a último/a sin su consentimiento (abuso económico). El Trabajo Social puede actuar entonces, toda vez que las relaciones de solidaridad entre las generaciones, se vuelven relaciones diferenciales de poder y subordinación.

Los hogares multigeneracionales pueden configurarse a partir de la fundamentación de estereotipos de género, asociados a la viudez. Es muy importante aclarar que esta alternativa de arreglo familiar no es una “ley natural”, como una consecución lineal de roles de género de hombres y mujeres que llegan a ser adultos/as mayores. Desde nuevos estudios de género y generación –por cierto todo un terreno incipiente por debatir y estudiar- no podemos anteponer las construcciones de identidad de género a los/las actores, pues el discurso reduce la realidad a binomios dominantes y absolutos –“activo/pasivo, público/privado, entre otros (...)” (Paredes y Col. 2006:32-33).

Muchas veces se legitima que la mujer viuda “se dedique a mantener vivo el recuerdo de su esposo” (Sánchez 2000:149) y por tanto no se incentiva como al hombre, a una nueva unión. La mujer que antes dependía afectiva y económicamente de su marido, dado épocas en que las esferas “pública” y “privadas” estaban más separadas y diferenciadas, pasa a depender del hogar de sus hijos, principalmente sus hijas (ídem).

Dada la división de ámbitos de producción material para el hombre y de reproducción social para la mujer, la carencia de independencia económica de las adultas mayores puede representar el sentimiento de ser una “carga” para su familia. “La mayoría de las responsabilidades económicas se mantienen al morir el esposo, pero con la diferencia de que la viuda ha perdido la contribución económica de este. La viudez está asociada a la inseguridad económica en la gran mayoría de las mujeres ancianas” (ídem). Asimismo muchas mujeres viudas prefieren vivir solas, evitando así los “problemas de compartir el

trabajo del hogar y prevenir discrepancias en la crianza de los nietos o nietas” (Sánchez 2000:147).

Algunos autores destacan que el “apoyo social”, debe incluir principalmente “afecto, afirmación y ayuda” (Sánchez 2000:166). “Comprendiéndolo así, está claro que las personas que carecen de estas transacciones de vida son aquellas que están más vulnerables o susceptibles a alguna forma de trastorno físico, mental o social” (ídem). Respecto a estas “transacciones” debemos tener en cuenta el mito del amor filial. La premisa del amor filial sostiene que, “los que son asistidos pueden convertirse en proveedores de ayuda en un futuro y viceversa” (ob.cit. 2000:166). La reciprocidad no es inherente en los sistemas de apoyo sino construida en base a roles de discriminación basados en el género y el mito del amor materno. El aislamiento y la responsabilización de la mujer en el cuidado y crianza de los hijos constituyen las bases del mismo (Jiménez, 2001). La madre ama y por tanto cuida a sus hijos, por ello es de esperarse que reciban de viejos las mismas atenciones. “Las hijas son quienes generalmente facilitan la mayor y más diversa asistencia” (Sánchez 2000:179). La reciprocidad en lugar de basarse en los afectos como condición “natural”, podemos pensarla basada en una cultura de respeto a los derechos y no a una subordinación de las tareas de acuerdo al género y la edad. Respecto a esto último, también hay que hacer mención a la organización jerárquica de la familia del más fuerte sobre el más débil física, psicológica y socialmente; lo que puede dar lugar a situaciones de violencia (Romero, 2002).

Dada la mayor expectativa de vida de la mujer, son más frecuentes los hogares con tres o cuatro generaciones, siendo las mujeres de edad media quienes cuidan a sus padres, hijos/as y nietos/as. Si bien las mujeres viven más que los hombres, están sujetas a una mayor morbilidad²⁰, por ello, al cuidado del/a adulto/a mayor “dependiente”, se agrega la consideración que el cuidador principal - las mujeres de la generación del medio- están entrando también en la “vejez”. Esta situación sumada al papel de cuidadora principal de los miembros del hogar tiene “repercusiones en términos de salud mental, e inclusive física, para estas mujeres, en el presente y como futura cohorte de ancianas (...) Estas presiones aumentan en el caso de aquellas mujeres que a su vez son cabeza de familia” (...)”La paradoja de esta situación está dada porque estas mujeres son las que suelen quedarse sin cuidadores y corren mayores riesgos de institucionalización cuando dejan de ser autoválidas.”²¹ (ERTBPS 2003:116). Todo ello también interpela al sistema de cuidados en

²⁰ “(...) se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo.” (ERTBPS 2003:127)

²¹ “Según Savio, esta mujer uruguaya que primero cuida hijos, al cónyuge que envejece, a otros familiares y que también trabaja, y que luego enviuda, o que tiene hijos que emigran, cuando se discapacita, todo eso genera un potencial de ingresos en instituciones de larga estancia.” (ERTBPS 2003:119)

cuanto estrategias de atención a nivel de la protección social no sólo del adulto/a mayor, sino de las familias en sí.

La política sanitaria supone que la familia está unida por lazos de afecto y solidaridad en una especie de "contrato familiar implícito" (Goldani 2005:4) para basarse en ello y otorgar prestaciones. Es más, induce a un tipo "tradicional" de familia conyugal heterosexual y por tanto consumada naturalmente a partir de la concepción de hijos/as. Pero qué pasa con las familias constituidas por ejemplo, por parejas homosexuales, las parejas sin hijos o los hogares unipersonales. Así el problema son las altas tasas de divorcios -"desintegración familiar"- y la "la incorporación de la mujer al mundo laboral y con ello la mengua de un recurso tradicional destinado a la atención de los más vulnerables" (PRONOAM 2007:21).

Considerar a la mujer como recurso tan valioso como escaso en función de su inserción laboral choca con el discurso y el reconocimiento de los derechos de la mujer que ha venido ganando terreno en la "esfera pública" desde el siglo XX (De Martino, 1999). Parece que la mujer pierde derecho a tener derecho en función del "altruismo femenino como algo dado" (Goldani 2005:6). En lugar de políticas "de familia" que tratan de reeditar modelos familiares tipo, o políticas "referidas a la familia" que "busca fortalecer las funciones sociales" asignadas a la misma (Goldani 2005:15), Goldani plantea pensar en "políticas para familia" que contemple "el desarrollo de una vida cultural, política y familiar más digna y gratificante" y al mismo tiempo, de una "ciudadanía individual y social" (Goldani 2005:16). Un ejemplo de esta política sería el "Modelo de Equidad Funcional" donde las responsabilidades de cuidado fueran cubiertas por servicios públicos subsidiados o privados, desestimando la división entre los roles de género (Goldani 2005:30). Y el modelo de "Asociación Social" donde la familia actuaría como cooperativa con cargas iguales de responsabilidad y beneficios entre sus miembros, ajustando de común acuerdo, el trabajo doméstico con el extra- hogar. Aunque este último modelo puede reproducir el rol de la mujer en la "órbita" doméstica y el hombre fuera de ella (Goldani 2005:31). "Una estrategia política para sortear esta situación sería otorgar créditos de jubilación a las mujeres que se quedan en las tareas de cuidado. De hecho varios países ya lo hacen" (Goldani 2005:31)

Si la protección social era garantizada por el Estado de Bienestar a partir de la condición de trabajador/a; desde los '70 con la crisis de la sociedad salarial la protección del Estado "necesariamente" no se vincula más con el trabajo sino con la condición de ciudadanía (Reis, 2005). Pero la protección del Estado se focaliza en las situaciones más extremas de "vulnerabilidad" social. Así "parecería que todo lo que el Estado ya no absorbe hoy queda bajo la responsabilidad de las familias. Las familias son llamadas a la arena política para hacerse cargo de las consecuencias del modelo" (De Martino, 1999) de acumulación capitalista flexible. La solución parece ser el "neo-familiarismo" subyacente a ciertas Políticas Sociales" (De Martino, 1999). Hablamos de una nueva responsabilización de

las familias en esta coyuntura, ya que históricamente se ha apelado a la solidaridad familiar no sólo de hecho sino también desde las legislaciones. Esta solución supone a la familia como "unidad" autónoma, donde los individuos encuentran protección a través de ella y el mercado. La política social interviene sólo cuando la familia "falla" en el cumplimiento de funciones de reproducción social a partir de la identificación de "miembros síntomas", pero nunca tomando a la familia como totalidad (Miotto 1997:123). Así la atención a la infancia, la maternidad, los "problemas de salud" de los/as adultos/as mayores. La atención a la familia desde la política social es tomada como "auxiliar o "diagnóstico" y o "tratamiento" del individuo" (Miotto 1997:123). "(La) sociedad también ha tratado a la familia como si no fuese en sí misma un núcleo problemático", esperando que cumpla con sus funciones independientemente del lugar que ocupe en la estratificación social (Miotto 2001:98). Amortiguar las consecuencias del modelo sin proporcionar por parte del Estado las condiciones objetivas para ello, contribuye a una sobrecarga familiar principalmente en los familias con privaciones materiales (Miotto, 1997). Cuando por sus "propios" medios la familia no logra cumplir esas expectativas de cuidado acudiendo a la asistencia pública, se desprende lo que habléramos anteriormente: "la permeabilidad de los límites de la privacidad es directamente proporcional a su vulnerabilidad social" (Miotto 2001:97).

Esta sobrecarga es fuente de estrés y tensión familiar, pudiendo dar lugar a reacciones familiares destructivas (Miotto, 2001). Así, las situaciones de violencia intrafamiliar, más allá de que pueda darse a partir de un abuso de poder basado en roles familiares jerarquizados y estereotipados de género y generación como vimos; se desprende de un medio social que también es violento, al no reconocer las necesidades materiales y simbólicas de la familia. "Cuando son mujeres, las que asumen el cuidado de un anciano dependiente, asumen también un rol parental sobre este, en caso de hijas o nueras, habitualmente tienen otras tareas y preocupaciones y la sobrecarga, el estrés, tiene efectos negativos en la atención del mayor, (...) al aparecer sentimientos de culpa y frustración. Cuando el anciano se siente mal por su estado de dependencia, el también puede reaccionar negativamente, alimentando con su cuidador hostilidades mutuas" (Zolotow, 2004). Aquí converge la imagen negativa de la dependencia en la vejez con la sobrecarga del rol de género femenino.

La acción profesional que torne como centro de atención al "miembro-problema" – adulto/a mayor- exigiendo de la familia determinados cambios, sobrecarga aún más la dinámica familiar (Miotto 1997:125). En cambio, pensar la familia como totalidad, como "caja de resonancia" (Miotto 1997:121) de los problemas del sistema, implica ver que sus cambios dependen más de condiciones externas a ella que mejoren sus condiciones de vida.

En las familias donde reina la precariedad laboral y la flexibilización del trabajo y que tienen adultos/as mayores a cargo, su tiempo de cuidados se reduce, aumenta la sobrecarga y la tensión. Paradójicamente deberían precisar aún más, ayuda de agentes externos como los servicios de cuidado domiciliario o servicios residenciales. Pero dada la legitimación del Estado del carácter de mercancía que revisten los servicios existentes, pueden quedar al margen del los mismos, o acceder por su menor costo, a los que no poseen una calidad aceptable. El Estado, al cumplir sólo la tarea de vigilancia sanitaria, deja librado al mercado la satisfacción de las necesidades de cuidado y tratamiento de los/as adultos/as mayores. El Estado omite y se desentiende de contemplar estas necesidades dentro de una política que no sólo regule, sino que planifique un sistema de servicios, vía la democratización de su acceso, poniendo freno a la capacidad de lucro, pero también proveyendo servicios propios. Sistema que concrete las propuestas de acción de concepciones de salud del/la adulto mayor, construidas en el espacio estatal (tomado como espacio social como definiéramos), y que este espacio recobre visibilidad, centralidad y fuerza directriz. Ejemplo, centros de corta o mediana estancia, en oposición a la constante residencial en tanto mercancía, que no obedece a una estrategia estatal en salud para cubrir estas necesidades, sino al espacio dejado al mercado tras la ausencia de estas estrategias.

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

Si bien el BPS trabaja interinstitucionalmente con el MSP en el marco del SNS, este trabajo es de corte administrativo. El Banco contribuye a la implementación del Fondo Nacional de Salud, asignando y controlando el pago de la cuota de salud a los “prestadores de salud” del Sistema. En tal sentido, se nota la ausencia de una política integral del Adulto Mayor, que contenga políticas tan importantes que implementa el Banco como la vivienda, la recreación y la base material de los/as adultos mayores, determinantes todos ellos de la salud del/a adulto/a mayor.

El Banco de Previsión Social es el encargado de administrar las prestaciones y servicios que hacen a la seguridad social. Respecto a las prestaciones encontramos las contributivas – jubilaciones comunes, por edad avanzada, jubilación por incapacidad definitiva o subsidio transitorio por incapacidad - y las no contributivas y asistenciales –pensión de sobrevivencia, pensión por vejez y pensión por invalidez-. En el conjunto de estas prestaciones la mayoría son percibidas por mujeres (ETRBPS, 2003: 198). Las prestaciones contributivas devienen de la permanencia en el mercado de trabajo y se conocen con el nombre de “seguros sociales”, mientras que, con el nombre de “prestaciones sociales”, encontramos “servicios de asistencia social”, que en su mayoría no implican una transferencia monetaria, sino que se basan en la asistencia, servicios o beneficios, a un grupo de personas con necesidades

específicas (ERTBPS, 2003), como puede ser el grupo de los adultos mayores. En ellas encontramos: Fortalecimiento de la sociedad civil organizada y Atención integral a personas en situación de calle. Las prestaciones no contributivas no devienen de la afiliación al Banco, y quedan excluidos adultos/as mayores del "Programa de Vivienda para Jubilados y Pensionistas del B.P.S." y del Programa "Turismo social", a los que sólo tienen derecho de acceder los jubilados y pensionistas exclusivamente (ETRBPS, 2003). Las prestaciones contributivas representan alrededor del 70% de las erogaciones del BPS, en tanto las prestaciones de asistencia social destinadas a la población que no puede acceder al sistema de seguro social, tienen un carácter residual (ETRBPS, 2003: 155). Éstas últimas no sólo tienen como destinatarios al adulto mayor sino también la posibilidad de dotar de más recursos a todo el hogar ("guarderías, (...) visitas a domicilio, asesoramiento por asistentes sociales, centros diurnos para adultos", etc.) (ob.cit. 2003: 156). Al mismo tiempo, la buena posición en la repartición económica de las jubilaciones y pensiones, no significa que ellas sean cuantiosas ni protejan por igual a los jubilados y pensionistas (ETRBPS, 2003). Justamente, la distribución de las pasividades marca una fuerte concentración del ingreso, haciendo que sólo una minoría de pasivos perciba la mayor parte de la torta, ubicándose el resto en ingresos marginales. Por ello, "el retiro empobrece a la mayoría de las personas ancianas" (Sánchez 2000:133).

"... (Al) no tener dinero disponible, las personas ancianas limitan sus actividades sociales, tales como: salidas al teatro, comidas fuera del hogar o paseos con amistades" (ob.cit. 2000:134). Se podría pensar incluso en una guetificación del círculo de vínculos de los/as adultos/as mayores más pudientes y menos pudientes económicamente. "La restricción económica es muchas veces el origen de la inactividad, el aislamiento y la soledad que muchas personas padecen" (ídem). Ciertamente, el efecto de pensiones y jubilaciones cuestionan la posibilidad de un "Envejecimiento Activo".

La experiencia del retiro depende de cada persona según la centralidad que tenga el trabajo en la organización de la vida, la posibilidad de mantención económica que el trabajo otorgue, la expectativa positiva sobre el tiempo libre o la ansiedad que ello provoque. Si bien la experiencia del retiro es relativa a cada situación, "este cambio se identifica como una de las crisis en la vida del adulto mayor" (Sánchez 2000:128). La norma es que el/la adulto/a mayor se jubile pero no se sabe cómo asumirlo. Es un hecho repentino para el cual no todos/as los/as adultos/as mayores están preparados. En BPS encontramos un programa que consiste en la preparación para el retiro destinado exclusivamente a las/os empleadas/os públicos. Al igual que la Caja de Profesionales Universitarios, lo ofrece para su colectivo.

Muchos estudios demuestran que no existe un acuerdo social respecto a si el retiro "es beneficioso para el individuo como para la sociedad" (Sánchez 2000:83). La teoría de la

separación o el retiro (Sánchez, 2000) ubicada dentro de la corriente estructural-funcionalista, establece que el retiro es parte del envejecimiento normal, permite el equilibrio del sistema social “liberando las posiciones previamente ocupadas” (Sánchez 2000:82) de los adultos mayores a las generaciones más jóvenes. El mensaje que ello deja es que la “vida útil” ya terminó (como las mercancías). Desde esta perspectiva el alto índice de población envejecida en las sociedades actuales se ve como problema en tanto cuestiona los cálculos de reemplazo generacional en la producción, aumentando la dependencia económica: el reducido peso de la población económicamente activa debe costear la presión mayor que ejercen jubilaciones y pensiones de la población cada vez más envejecida. El sistema tradicional de solidaridad intergeneracional en la contribución a la seguridad social corre el riesgo de colapsar, según los promotores de esta interpretación de la realidad, como lo es el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo desde hace varias décadas.

Como solución al previsible colapso, el sistema tradicional se verá como uno entre tantos elementos de una “estrategia de protección social más amplia”, que incluye prestaciones no contributivas, asistencia social, microseguro, compañías de seguro privadas con fines de lucro, etc.” (Dalmer 2003:4) Entonces la jubilación se vuelve toda una planificación. “¿quién tiene la responsabilidad de proporcionar a los asegurados información y consejos objetivos y neutros? (...) ¿Puede dejarse en manos de los responsables de marketing de las compañías privadas de seguros?” (ob.cit. 2003:7). El Trabajo Social, también aquí encuentra una función de socialización de información sobre las tendencias y los efectos que estos sistemas han producido.

En nuestro país este esquema de razonamiento tuvo cabida con la reforma de la seguridad social de 1996. De ello se desprende que la reforma haya agudizado los requisitos para pensiones y jubilaciones (los años de aporte pasan de 30 a 35, se equipara la edad de retiro de la mujer respecto del hombre, de 55 a 60 años y se reduce el porcentaje del ahorro tomado para el cálculo jubilatorio, la pensión por sobrevivencia no es más a todas las edades del/la deudo/a vitalicia). Se pasa de un sistema de un pilar basado en el sistema tradicional, a otro -de dos pilares o mixto – donde se agrega la capitalización individual o autoseguro a una empresa -AFAP²²-, de forma voluntaria u obligatoria según los ingresos. Según el BID, la reforma se introduce en el país para disminuir la presión fiscal de las pensiones y jubilaciones agravada por el envejecimiento y la equiparación de las mismas con el Índice Medio de Salarios²³ (Arenas, 2005). “Todas las estimaciones realizadas en cuanto a los efectos fiscales de la reforma previsional en Uruguay presentan un aumento de la carga fiscal de entre 1% y 2% del PIB durante los primeros 20-25 años de ejecución de la reforma, después una recuperación entre los años 2020 y 2025, terminando en un balance positivo de

²² Administradoras de Fondos de Ahorro Provisional

²³ Esto último fue aprobado por consulta popular –plebiscito- en 1989

entre 0,5% y 2% del PIB durante el período 2040-2050” (Arenas 2005:6,7)—para el final del período la disminución en la presión fiscal demuestra una diferencia mínima respecto a lo que pasaría de no aplicarse la reforma- (ídem, 2005). La reforma es cuestionada en su sostenibilidad y en la ineficiencia para la cual fue creada. La experiencia en otros países con reformas similares demuestra que han fracasado ya que la protección se estanca a lo largo del tiempo. A su vez, el BID reconoce, que el déficit fiscal dependerá de otras variables de la economía y “del aumento efectivo de la edad de retiro de los asegurados” (Arenas 2005:6,7) —subrayado mío—. Pero, visto las características que asume el mercado de trabajo, ¿habrá trabajo para todos? ¿de qué calidad?.

Según la AISS²⁴, la pobreza de los adultos mayores con estas reformas, puede aumentar dado estas proyecciones (Dalmer, 2003). Desde nuestra postura, el envejecimiento poblacional y la reducción del recambio generacional es el aspecto fenoménico del colapso del sistema de cotización tradicional; las determinaciones de fondo más que aspectos demográficos, son la reproducción de la pobreza vinculada al mercado de trabajo formal precarizado y flexibilizado y el desempleo, que hacen a jóvenes y adultos/as jóvenes sumirse a relaciones laborales sin garantías presentes ni a futuro (no se respeta su contribución), y a la clase media, emigrar y evitar tener (muchos) hijos/as como estrategia contra la pobreza. Justamente, la OIT, realiza una crítica respecto de estas reformas y pone énfasis en la promoción de condiciones de trabajos seguras y con garantías. Y en vez de pensar en aumentar los años para el retiro, propone una “transición gradual y flexible de la vida activa a la jubilación” (ERTBPS 2003:112)

Para el 2002, el 94% de los trabajadores precarios no ingresan a la seguridad social. Este porcentaje se focaliza en “mujeres, jóvenes y trabajadores del interior, y dentro de los sectores de actividad principalmente del sector doméstico y construcción.” (Instituto Cuesta Duarte del PIT-CNT en: ERTBPS 2003:103). La cantidad de personas que no cotizan así como la depreciación en jubilaciones y pensiones, también conllevan una discriminación negativa de género. La reforma de 1996 aumenta en cinco años la edad de jubilarse de la mujer dado que tiene más expectativa de vida y decrece el porcentaje tomado de cotización a la seguridad social (de 75% a 50% tanto en hombres como en mujeres). Con ello su jubilación en el transcurso de los años rinde menos que la de los hombres. En lugar de ello, se podría proponer que las mujeres coticen más que los hombres en su vida activa para “igualar” los efectos de la jubilación entre los géneros. A su vez, la mujer inserta en el mercado de trabajo tiene que “soportar” períodos de intermitencia en su participación en el mercado de trabajo dado la asignación cultural de cuidadora del hogar, la familia y quien se ocupa de la crianza de los/as niños/as (ERTBPS, 2003). Así sus contribuciones se reducen en el tiempo pero también en la cantidad. Al mismo tiempo, investigaciones testifican que la

²⁴ Asociación Internacional de Seguridad Social.

mujer cobra aproximadamente el 70% del salario del hombre por igual tarea –sin otro fundamento que los estereotipos de género-²⁵. Ello sumado a trabajos que no son considerados tales como el de ama de casa, los cuales no cotiza a la seguridad social y tras el fallecimiento del esposo “aportante” del hogar, hacen que perciba una pensión por viudez, quedando muchas veces en situación de pobreza. Al mismo tiempo, el desempleo se asocia más a la mujer que al hombre dado que éste, al ser socialmente reconocido naturalmente como adscrito al mercado de empleo, es ocupado en situaciones de trabajos precarios e informales (ERTBPS 2003). “Como contrapartida, el fenómeno de la inactividad por desaliento, el desempleo oculto o desempleados/as desalentados/as o desesperanzados/as, afecta más a las mujeres, para quienes es “socialmente más aceptable” ser económicamente inactivas, con lo que sus deseos de trabajar remuneradamente dejan de ser registrados estadísticamente” (ERTBPS 2003:83). Para muchas adultas mayores, dadas estas características, su previsión estará dada por la pensión a la vejez, sobrevivencia o invalidez con las particularidades que ellas asumen. La jubilación alcanza al 68% de los hombres (Paredes, Huenchuan; 2006:12).

Ahora bien, veamos si las pensiones no contributivas están pensadas para compensar los cambios que ocurren en el proceso de la vejez.

La pensión a la vejez para mayores de 70 años²⁶ no contempla el envejecimiento en cuanto proceso de manera integral es decir previendo las necesidades de cuidados funcionales y/o cognitivos que requiere el desarrollo de este grupo etéreo. Por su parte la pensión por discapacidad (“invalidez”) no discrimina edades. El “beneficiario” debe contar con ingresos mínimos o nulos, ni “familiares convivientes y no convivientes civilmente obligados a prestar ayuda” (Pág. Ofic. BPS). Es decir, el/la adulto/a mayor debe estar solo, totalmente desamparado. Con ello la discapacidad debe ser un riesgo cubierto por la familia. En el caso de la pensión a la vejez, los “topes” en los ingresos familiares que el Banco toma en consideración son mínimos, “tanto que se convierten en obstáculo para acceder al beneficio a aquellas personas cuyos familiares cuentan con ingresos que aún superando esos topes, resultan escasos para mantener un nivel de vida decorosa y apoyar a ancianos o discapacitados” (ERTBPS 2003:213)

En otros países el deterioro bio-psico-social del anciano es objeto de intervención de la seguridad social. (RAISS, 1999). A las contingencias de la vida cubiertas por seguros tradicionales como la enfermedad, discapacidad, vejez y desempleo, vinculadas al mercado de trabajo por exclusión o integración a él, se añade la visualización de un nuevo riesgo: la

²⁵ “De acuerdo a OIT, las mujeres reciben en el mundo en promedio un 71,6% del ingreso mensual de los hombres (OIT, 1998).” (ERTBPS 2003:78). Existe una “presencia innegable de una relación positiva entre segregación ocupacional y brecha salarial de género para el caso uruguayo.” (ERTBPS 2003:80)

²⁶ Se diferencia como veremos de la “asistencia a la vejez”, beneficio otorgado por el MIDES a partir de los 65 años de edad.

dependencia de atenciones personales y técnicas de los/as adultos/as mayores debido a limitaciones funcionales. Esta realidad ha quedado en nuestro país, circunscripta a los seguros tradicionales sin verse como “riesgo social en sí” con sus particularidades en cuanto a los recursos ya no solo financieros (para cubrir costes en insumos que permiten cierta independencia del/la adulta/o mayor dependiente) sino también humanos que necesita (Hennessy, 1997) “En otros países le dan un complemento a la familia, les pagan acompañantes o les brindan tratamientos externos porque la seguridad social lo trata como riesgo. En Uruguay no porque no lo puede absorber económicamente”²⁷. Lo que existe actualmente son “prestamos sociales” que otorga el BPS para “tratamiento dental, prótesis en general, lentes y audífonos” (Pág. Ofic. BPS), a muy bajas tasas de interés. En realidad privatiza componentes dentro de lo que podría ser un seguro específico, componentes que, a la vez, se disocian del seguro de salud del SNS.

Para muchos adultos mayores que siguen trabajando en condiciones de precariedad, el retiro no se considera como descanso ni se espera con alegría, ya que la pensión no contributiva de vejez no les permite satisfacer sus necesidades básicas. Lo mismo ocurre con la jubilación por edad avanzada, cuyo monto es exiguo y sus requisitos exigentes en cuanto la edad para acceder a ella (70 años).

“La viudez, para muchas mujeres, simboliza pobreza y ésta inclina a la persona hacia disminuir la participación social, el aislamiento y la soledad” (Sánchez 2000:149-150). El requisito para acceder a una pensión de sobrevivencia es que los deudos demuestren dependencia económica del/la jubilado/a o pasivo/a fallecido/a, lo cual, en los hechos, hace que sean muy pocos los hombres mayores beneficiarios del mismo. Es decir, se accede a la seguridad social en virtud de ser madre²⁸ y esposa, legitimando la discriminación de género, en cuanto su rol de proveedora de cuidados y no por el hecho de ser ciudadanas (Marco, F 2007:2). El Acto Institucional Nº 9 elimina del beneficio a las hijas solteras mayores de 45 años (ERTBPS, 2003). Antes se asumía institucionalmente los roles diferenciados de género, siendo la mujer quien se ocupa del cuidado de los miembros de la familia. Con la supresión de este requisito, se asume el cambio sociocultural en cuanto la mujer adquiere nuevos roles en el mercado de trabajo. Aún así no se reconoce, que sigue mantiene los anteriores. Destacamos positivamente que desde el BPS por lo menos exista el planteo de un sueldo para cuidadores familiares o un subsidio para la terciarización de los cuidados (Alberti, 2008).

En todos los tipos de pensiones, la seguridad social se basa en el supuesto de solidaridad familiar como requisito para acceder a ellas, aún cuando no convivan con el/la

²⁷ A. S. Nélica Reyes. Gerencia de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, Febrero de 2006. Montevideo- Uruguay.

²⁸ Tener “hijos soleteros menores de 21 años” –presunción que quedan a su cargo- habidos con el cotizante o pensionista (Pág. Web Ofic. de BPS).

adulto/a mayor, retomando así la determinación neofamiliarista de las políticas sociales en sentido amplio, que ya refiriéramos. Obligando “a estos familiares a una solidaridad que tal vez no puedan brindar o no estén dispuestos a brindar” (ERTBPS 2003:213)

La baja inversión en programas sociales afecta programas como el de “Fortalecimiento de la Sociedad Civil”, que de acuerdo a su contenido involucra la idea de un envejecimiento activo-exitoso o saludable; a la vez que se convierte casi en el único programa estatal que contempla la situación de “dependencia” funcional, mental y social de los/as adultos/as mayores. Este programa nuclea a instituciones de la sociedad civil que trabajan con adultos/as mayores con grados relativos de autonomía bio-psico-social. De esta manera quedan delimitadas organizaciones para adultos/as mayores autoválidos y organizaciones que abordan a personas mayores con algún tipo de discapacidad. Dentro de las primeras, encontramos: “Asociaciones de Jubilados y Pensionistas”, agrupaciones de carácter gremial que brindan prestaciones sociales para sus afiliados. “Clubes de Adultos Mayores”, donde se planifican y promueven actividades en pro de la integración de los/s mayores entre sí y con la sociedad (ob.cit. 2003:140). “Centros Gerontológicos”, es decir, espacios abiertos de integración, capacitación e intercambio de experiencias, a partir de talleres. Por último, encontramos “Casas de Adultos Mayores”; se trata de un espacio físico común que agrupa a distintas instituciones que trabajan con adultos/as mayores y no cuentan con sede propia. El objetivo es “coordinar actividades, unificar criterios y evitar la multiplicación de servicios” (...) “Estas entidades se integran en forma voluntaria, previo relevamiento socio – económico, institucional y cultural”. (ERTBPS 2003:138-140)

Dentro de las segundas, encontramos: “Centros Diurnos”. Los mismos “son servicios de corta estadía, cuyo principal objetivo es la promoción y rehabilitación bio-psico-social de los adultos mayores para prevenir la institucionalización anticipada a través del trabajo recreativo, laborterapia, actividad grupal planificada, atención geriátrica y servicio social especializado, favoreciendo además su relación con el grupo familiar” (ERTBPS 2003:140). En una posición intermedia se encuentra el “Programa Permanente para Personas Mayores en Situación de Calle” que consiste en albergues de corta estadía diurna o nocturna, donde, dependiendo del diagnóstico psico-social y geriátrico se deriva a “Hogares de Ancianos, Programa de Vivienda, o eventual reinserción familiar” (BPS –GPS, s/d). Los “Hogares de Ancianos”, son asociaciones sin fines de lucro que ofrecen vivienda “permanente, alimentación y otros servicios, promoviendo la salud integral de los adultos Mayores” (ERTBPS 2003:140) -evaluación y seguimiento geriátrico, psicológico y social-

Si bien, la categorización de alojamientos de larga y corta estancia del MSP llega a los establecimientos que convenían con el BPS, no existe una unificación de criterio en cuanto a los protocolos de Atención en el Primer Nivel. Es “la Gerencia de Prestaciones Sociales del BPS quien determina si una persona realmente necesita el subsidio porque es

dependiente” para acceder a un hogar de ancianos (El País digital, 2005). A su vez, el equipo multidisciplinario del BPS que capacita a funcionarios, cuidadores y voluntarios de los establecimientos, se disocia de las capacitaciones realizadas por ASSE a recursos humanos del Primer Nivel de Atención y de las capacitaciones del PRONAM al personal de residenciales y hogares. Esto también da cuenta de la falta de articulación de los eslabones que hacen al SNS, cuando se trata de pensar en un programa de atención integral para adultos/as mayores.

En el caso de los hogares encontramos una particularidad. En el año 2004 el Poder Ejecutivo promulga un decreto de ley²⁹ dentro del “Programa de Soluciones Habitacionales” que establece la asignación de un subsidio para el pago de un hogar o residencia. Los requisitos para acceder al beneficio es ser jubilado o pensionista encontrándose en una de las siguiente situaciones: “a) mayores de 80 años sin familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad; b) menores de esa edad con ingresos de hasta 5 Unidades Reajustables y sin familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o tercero de afinidad; c) los que no sean autoválidos y sin familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o tercero de afinidad” (Ley 17.217). A ello hay que agregarle el hecho de que el costo de los servicios será pagado por el beneficiario con el 70% del monto de la pasividad líquida y sólo la diferencia entre el costo del servicio prestado y lo abonado por el beneficiario será cubierto con un subsidio que paga el Ministerio de Vivienda. Esta política desmercantiliza muy poco. ¿Están las pensiones y jubilaciones pensadas para cubrir la posibilidad de una residencia u hogar? Ciertamente no. Tomando en cuenta que las mujeres tienen más expectativa de vida que los hombres, y que pertenecen, como se vio a generaciones con menor probabilidad contributiva, este “beneficio”, estaría pensado principalmente para adultas mayores solas, sin una red de contención formada por ningún tipo de vínculos. No obstante la condición para acceder al beneficio no se acompasa a la información disponible sobre los arreglos familiares y vínculos secundarios de los adultos/as mayores³⁰, focalizándose a las situaciones extremas social y económicamente. Al mismo tiempo puede ser difícil (no imposible) encontrar adultos mayores no autoválidos que no tengan ningún tipo de vínculos, ya que la mayoría de ellos viven en la comunidad y por tanto cuentan con alguno de ellos. Al ser tan exigentes los requisitos, se sigue apostando a que la

²⁹ Resolución E. N° 1 del BPS (Ley 17.217) Montevideo, junio de 2004

³⁰ “...el porcentaje de población que vive con algún hijo desciende entre los 65 y 79 años para luego aumentar en las edades extremas, comportamiento que se intensifica en el caso de las mujeres. En la otra situación configurada, el 55% de la población encuestada no vive con ningún hijo, aunque una gran mayoría de ellos (73%) los tiene... La familia sigue siendo el componente primario de apoyo y ayuda a los más ancianos. El 42% de la población encuestada de 80 años y más vive con algún hijo, un 37% no vive con ningún hijo pero igualmente los tiene y un 21% no tiene hijos”.... “...Respecto a la red de apoyo que conforman vecinos y amigos, el porcentaje de población que cuenta con familias en el vecindario a las cuales recurriría en caso de emergencia, alcanza al 88%, en tanto que las que cuentan con amigos es del 62%”. (Damonte 2000:18)

familia amortigüe el déficit económico que implica, en la sociedad, llegar a ser adulto/a mayor.

Las competencias del Programa “Fortalecimiento de la Sociedad Civil”, abarcan la “asistencia técnica multidisciplinaria, la asistencia financiera y la capacitación a dirigentes voluntarios y funcionarios de instituciones” (BPS-GPS, s/d). El común denominador del mismo es la “transferencia de cometidos del Estado a las organizaciones sin fines de lucro de la sociedad civil, las cuales –bajo el sistema de autogestión- dan respuesta a las necesidades y demandas de las personas mayores, desarrollando acciones de asistencia social (...)” (BPS-GPS, s/d).

Así la administración de la política se acompasa al fenómeno del “voluntariado” que se ha venido dando desde la década del '80 (ERTBPS, 2003). Recordemos nuestro marco teórico sobre el/la adulto/a mayor y las políticas sociales en Uruguay. El impulso expreso del voluntariado entre las personas adultas mayores, parte del BID que ha conveniado con la Institución para este tipo de Programas. Esta delegación de cometidos se traduce, justamente en una reducción del gasto público social (“achique” del Estado).

Más que políticas sociales pensadas por el Estado para adultos/as mayores, tenemos la colaboración (técnica-financiera) del Estado en acciones que venían desarrollando organizaciones no gubernamentales. Encontramos entonces programas que giran en torno a la privatización de los mismos bajo la forma de delegación de responsabilidades a la sociedad civil y la familia, y el Estado mediando en la capacidad de pago del/la adulto/a mayor y del hogar. Ocupándose el Estado directamente, de aquellas situaciones más urgentes y extremas, a partir de una acción asistencialista, acentuada visiblemente como veremos con el Ministerio de Desarrollo Social. Rasgos todos ellos, que caracterizan como hemos visto las actuales políticas públicas.

“Como resultado del retiro muchas personas ancianas pierden su vivienda o tienen que mudarse con familiares” (Sánchez 2000:134). En el Banco de Previsión Social, el Programa de Soluciones Habitacionales otorga viviendas sólo a mayores autoválidos/as, que carezcan de vivienda propia y no comprende las/os pensionistas por vejez e invalidez. Con estas dos últimas condiciones se plantea, desde los jubilados y pensionistas, la situación “de personas que no tienen vivienda y no están amparadas por la ley vigente” (Fac. Arq.-UdelaR, 2001). La vivienda no sólo es la estructura material, sino que implica el hábitat. Esta Programa no contempla espacios comunes compartidos con otras franjas etéreas, una ubicación barrial con servicios comunitarios como salud, recreación. A la vez no contempla la determinación de género de mujeres mayores que quedan solas al enviudar, no pudiendo compartir la vivienda con algún hijo/a u otro familiar. Desde los jubilados y pensionistas se expresa: “No es una buena solución el construir núcleos habitacionales sólo para pasivos, ya que eso genera un entorno gris, sin familias, ni niños, ni personas activas. Deberían

insertarse en un modo de vida normal, de modo de no convertir los conjuntos habitacionales en asilos de ancianos. Esta modalidad debe variar; las facultades de arquitectura, ciencias sociales y medicina deberían aportar en este sentido, y nosotros estamos dispuestos a colaborar". (idem, 2001). "Se hace énfasis en el trabajo social con los beneficiarios de las soluciones habitacionales para lograr una buena convivencia y asegurar su participación" (ob.cit. 2001). Esto habla de que es irregular el seguimiento de la convivencia y procesos de adaptación, que hacen a los mayores insertarse en una nueva experiencia signada por la guetificación y el aislamiento. Como vimos se abre un campo profesional también en materia de "soluciones" habitacionales, contemplando estos aspectos.

En relación a adultos/as mayores que presenten discapacidad, en el 2006, aquellos beneficiarios de complejos habitacionales que no pueden vivir solos, pueden acceder a un hogar o residencial de ancianos. Se podría asistir a 250 personas. "se la ayuda a vivir mejor y se dejan viviendas de jubilados disponibles para aquellos que estén en lista de espera en el Programa de Viviendas" (El País digital, 2005). En tal sentido, parece más una descongestión o alivio a la política habitacional pensada para adultos/as mayores autoválidos, que una verdadera política pensada por los adultos/as mayores "dependientes".

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

El MIDES cuenta con un Área de Adulto Mayor. La misma se crea por la consideración del crecimiento demográfico de este grupo etáreo, por ello "pensar en políticas de vejez es una necesidad para el desarrollo del país" (Pág. Web Ofic. MIDES/AAM). Podemos decir que las actividades del Ministerio en esta área se centran en tres componentes: identificación y visibilidad de la población adulta mayor, asistencial y promocional. Respecto al primero, en el 2007 asumió una campaña de sensibilización sobre la situación de abuso y maltrato al/la adulto/a mayor, y este año lanza un debate nacional sobre tres ejes temáticos articulados: "Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio" (MIDES-DNPSS-AAM, 2008). Uno de sus objetivos es "habilitar trabajos interinstitucionales". Sumándose entonces al fundamento de creación del Comité Interinstitucional ya mencionado. Se tratan de mesas de diálogo integradas por distintas instituciones públicas y de la sociedad civil (de y para adultos/as mayores), en los 19 departamentos, que permitan la identificación de prioridades para la formulación de políticas. Las mesas tendrán carácter quincenal y serán coordinadas por un representante de la Oficina territorial del MIDES. De ellas se designará un representante departamental quien coordinará instancias mensuales de debate con los 18 representantes departamentales, el equipo del Área de Adulto Mayor del MIDES y el Comité Interinstitucional. Aquí podemos decir que existe descentralización y descongestión del poder del que carece, como vimos, el SNS. Pero, al estar fragmentadas

las políticas, se produce una parcelación de la realidad, y dicha participación alcanza sólo a una de ellas –“a lo social”-. Bajo el argumento dado por el PRONAM (la salud reducida a lo sanitario), y al coartar la posibilidad de una política de salud abarcativa, el MIDES no podría ocuparse por ejemplo de la salud. En realidad, si...; de la salud de los/las “sectores sociales” más carenciados. Para que la descentración y la descongestión en este proceso de trabajo, sea objetivamente plasmado en acciones y no tan sólo en un escrito de buenas intenciones, tendremos que esperar a que se desarrollen las mismas. Y esto, porque al término del proceso se presentarán las “recomendaciones prioritarias” a mediano y largo plazo, en una Publicación referida al “Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio” (idem, 2008). No tenemos que olvidarnos que la gente participa cuando siente que su acción tiene posibilidades efectivas de influencia (OPS, 1992). Respecto al segundo componente –el asistencial- ubicamos el Plan de Equidad que asegura “la protección social de los adultos mayores en situaciones de extrema pobreza”. (Presidencia de la República 2007:6). Nos encontramos entonces con la prestación denominada “Asistencia a la Vejez”, para mayores de 65 años y menores de 70 años que se encuentren bajo esta situación. La Asistencia a la Vejez tiene como hipótesis subyacente “que el mercado y sus leyes, luego de obvios períodos de ajuste, podrá generar la estabilidad necesaria para que solamente queden limitados grupos vulnerables, rezagados del nuevo modelo de desarrollo. A ellos apuntarían tales Políticas Sociales focalizadas” (De Martino, 1999). Y esto es justamente lo que expresa la ley que le da origen: “Construyendo una Red de Asistencia Social de naturaleza no contributiva, de forma de amparar a todos los grupos sociales y en particular a aquellos sectores socioeconómicos que tienen restringidas sus oportunidades de incorporarse al mercado de empleo por diversas razones” (ob.cit. 2007:8). Teniendo en cuenta la precarización y flexibilización del mercado de trabajo, la asistencia a la vejez se torna en un paliativo económico, en vez de crear condiciones de trabajo estables y con garantías. “Ya no se habla de protección social sino de la gestión social del riesgo, y que las políticas sociales se restringen a las situaciones de alta vulnerabilidad, donde predominan los programas de transferencia de ingresos mínimo” (Goldani 2005:8). El círculo vicioso de la pobreza no se debe sólo a condiciones estructurales macro sino también a procesos concretos; “dimensiones culturales de género, etnia y generación, asociados a la discriminación y a las diferencias de oportunidades educacionales y de trabajo (...)” (Goldani 2005:8). Por ello, las políticas redistributivas tendrían que contemplar estos aspectos. “La crítica plantea que si las políticas compensatorias fueran propuestas en los estrictos límites de las compensaciones económicas, tenderían a ser más una especie de asistencialismo” (Goldani 2005:8)

Se trata de una transferencia monetaria, de carácter transitorio, con un monto equivalente al de la pensión a la vejez (ob.cit. 2007). Es transitoria, en tanto el/la adulto/a mayor que al

cumplir 70 años, su hogar (“incluso unipersonal”) permanezca en la misma situación de extrema pobreza, pasará a percibir la pensión no contributiva de vejez que forma parte del sistema de seguridad social (ob.cit. 2007:80). Se espera que las familias mejoren por ellas mismas la situación de pobreza extrema.

Esta “asistencia” no presenta ningún avance respecto a la pensión por vejez, dado que el adulto/ a mayor sigue siendo tributario de la misma en función a su pertenencia a un hogar de deprivación y no como derecho propio. A la vez los requisitos se hacen más exigentes dado que, no contempla sólo la franja de ingresos sino también “condiciones habitacionales y del entorno,..., características de sus integrantes y situación sanitaria” (ob.cit. 2007:81), las cuales deben “puntuar” como extremas.

Reconocer derechos mínimos de sobrevivencia reduce la concepción cabal del concepto de ciudadanía como vimos en el marco teórico sobre políticas sociales. Es decir, no permite la cohesión social impulsando la “generación de redes sociales horizontales” (Serrano 2007:326) quedando el/la adulto mayor replegado en la condición de precariedad. Si bien los reconoce como ciudadanos –aunque de forma reducida- en cuanto puede generar “el sentimiento de formar parte de una comunidad que las (los) reconoce y apoya” (Serrano 2007:327), el Estado se preocupa por su condición de vida, pero no los integra. “Tratar a familias y personas desvinculadas de su entorno opera en contra de la elaboración ciudadana del interés y el compromiso cívico y tiende al asistencialismo y la dependencia” (Serrano 2007:327). Es decir, no impulsa la problematización y el compromiso social respecto a la población adulta mayor en extrema pobreza, no contribuye a la construcción de ciudadanía, ni de los adultos/as mayores, ni de las demás generaciones.

Dentro del componente asistencial, el MIDES desde sus inicios, ha establecido un conjunto de refugios para personas en “situación de calle”, dos de los cuales es para adultos/as mayores. Esta situación es abordada a partir de un Programa específico que cubre no sólo la época más fría del año en la capital como lo hacía el Plan Invierno. El mismo realiza relevamientos de las personas que duermen en la calle y en los refugios existe un equipo interdisciplinario que comienza a trabajar la situación, haciendo un seguimiento y derivando a otras instituciones. Los refugios pertenecen a organizaciones de la sociedad civil en convenio con el MIDES, aunque esta Cartera crea por iniciativa propia nuevos centros.

Respecto al componente promocional, encontramos programas, que no siendo específicos para adultos/as mayores, tienen fuerte impacto en esta población. Encontramos el Programa de alfabetización para adultos/as, que no se reduce sólo a la población “beneficiaria” del PANES³¹. Nos referimos a los/as adultos/as mayores analfabetos/as ya sea porque nunca tuvieron posibilidad de aprender a leer y a escribir o por “desuso”, es decir, adquirieron el aprendizaje pero fueron perdiendo la comprensión y acción de este ejercicio.

³¹ Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social.

Quedó en claro que la realidad trascendía el imaginario de país ilustrado para todos/as. Este Programa que continúa a la fecha, permite recuperar una herramienta que ayude en el proceso de revertir formas de exclusión y corrige la desventaja en formas de ejercicio y defensa de los derechos entre los/as ciudadanos/as. En realidad, se tendría que pensar en una ampliación de la oferta educativa para adultos/as mayores, de acuerdo a sus intereses y aspiraciones, en una política general desde el Ministerio de Educación y Cultura.

Otro de los Programas, destinado a la población beneficiaria del PANES, consistió en la operación gratuita de cataratas y otras situaciones de baja visión, en Cuba. Esta enfermedad afecta a los adultos/as mayores principalmente. El Programa evidenció un juego de poder. Se tradujo en los hechos en un freno estatal a las presiones de corporaciones médicas (anestesiastas y oftalmólogos) quienes mantenían en lista de espera por años, a pacientes “de bajos recursos” asistidos por Salud Pública (se incluyen 1834 pacientes con cataratas) decidiendo en los hechos, su derecho a ver (Pág. Oficial del MIDES, 2008). Este Programa sentó las bases del Hospital de Ojos que con el apoyo tecnológico y técnico de Cuba, permite acceder a jubilados/as que perciban menos de 10 BPC (Pág. Ofic. MSP 2008) y a los ciudadanos/as afiliados a ASSE a través del SNS.

Por último, algo que hemos reivindicado a lo largo del trabajo, desde el año 2007 se impulsa un proyecto de ley sobre el Instituto Nacional del Adulto Mayor, que reglamentará la ley 17.796 del año 2004.

EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL COMO PROFESIONAL DE LA SALUD: posibles líneas de intervención en el abordaje del/la Adulto/a Mayor.

En el trayecto del trabajo se identificaron algunas propuestas de intervención que puede realizar la profesión de Trabajo Social; a continuación remarcaremos algunas de ellas y formularemos otras.

En el diseño de la política sanitaria, sí se contempla a la profesión, pero se contratan muy pocos Licenciados o Asistentes Sociales para las policlínicas de salud pública. Sobre todo en policlínicas del Primer Nivel de Atención. Esto denota una visión. ¿Por qué no incorporarlo? En los Protocolos figura a manera de título pero no se especifica qué hace como a diferencia de otras profesiones: test psiquiátricos, geriátricos. Pareciera que “lo social”, implica como vimos, datos anexos sobre integración social medida por el desarrollo de actividades sociales, deportivas y recreativas, que cualquier integrante del equipo de salud puede llenar en los formularios y/o carné de adultos/as mayores. Sin embargo como hemos visto, la dimensión social e histórica son determinaciones que hacen a la salud, refractándose en procesos biográficos particulares del los/as adultos mayores y sus familias.

Si existen instituciones especializadas de tiempo parcial en la comunidad, ¿hasta dónde hablar de promoción y prevención comunitaria? La Atención Primaria de la Salud no es lo mismo que Primer Nivel de Atención (Villar, 2003). El Primer Nivel de Atención consiste en actividades desarrolladas por profesionales –generalmente vinculados a las ciencias “duras”- en la detección de riesgos y enfermedades, promoviendo la socialización de conocimientos de prevención de los mismos y el autocuidado (Villar, 2003). Se desarrollan tanto en policlínicas, en atención domiciliaria, centros de estudio o trabajo, centros de rehabilitación con base comunitaria (Villar, 2003). En cambio la APS consiste en la prevención y promoción no únicamente de hábitos y estilos de vida higiénicos y el control de riesgos físicos, químicos y biológicos. “Como la salud es constitucional a la calidad de vida, ésta a su vez está compuesta por numerosos elementos (libertades humanas, vivienda, educación, alimentación, nutrición, recreación, condiciones de empleo y trabajo, etc.) parece claro que la promoción de la salud debe ser una responsabilidad intersectorial compartida y que su alcance y determinantes así como las estrategias para intervenir, deben considerar la macroestructura social” (OPS 1992:42). La proyección de centros de día o diurnos si bien se ubican dentro del Primer Nivel de Atención, cabe también pensarlos desde su contribución en la APS si forma parte de una estrategia de protección a la familia y una herramienta que surja del debate en el espacio estatal –social-.

El Trabajo Social trabajando en APS debe contemplar los modos de vida, lo que implica concebir la salud del/la adulto/a mayor, no de forma aislada sino abarcativa; la salud de la familia como un todo complejo y su entorno. Más allá de asesorar a la familia y/o entorno de cuidados sobre los recursos sanitarios específicos para adultos mayores con una serie de limitaciones funcionales, conectándolos con ellos; se debe hacer un rodeo previo de la situación familiar que permita comprender los motivos o implicaciones que hacen a la familia solicitar estos recursos –ejemplo, hogares de tiempo parcial o completo-. Se desprende así consideraciones sobre las condiciones de vivienda, condiciones en que se ubican sus miembros en el mercado de trabajo, la seguridad social, la educación, mediados por sus aspectos subjetivos, simbólicos y afectivos. Dada la desarticulación en los programas sociosanitarios, separados de los subsidios y compensaciones económicas, a falta de una política integral para adultos/as mayores y políticas sociales que aborden como problema el sistema de cuidado; al momento actual se trata de intervenciones que contemplen estas áreas de producción y reproducción social de la familia. “Teniendo en cuenta la fragmentación dentro de la cual la familia es tratada, es necesario un esfuerzo en el sentido de articular e integrar las políticas sectoriales, para que puedan facilitar y mejorar la calidad de vida de las familias” (Mioto 1997:127)

El Trabajo Social debería reconocer la heterogeneidad de los/as adultos/as mayores y las particularidades de las situaciones familiares, es decir cada situación familiar concreta y

específica, atravesada por las determinaciones histórico-sociales que hemos desarrollado. Para ello, se podría reconstruir la historia de vida del/la adulto/a mayor que es la que desde su perspectiva va a dar cuenta de la historia familiar, su origen, formación, desarrollo, y las problemáticas que atravesó y atraviesa, el trato con otros integrantes de la misma y la comunidad, sus aspiraciones concretadas o frustradas, lo mismo que conocer la perspectiva de los demás miembros de la familia o entrono de cuidados. Esto posibilitaría una comprensión de la misma. Todo ello implica a su vez que la profesión no asuma el ideal implícito de salud que niega el deterioro, nos referimos al paradigma de envejecimiento exitoso, activo o saludable. "Hay que considerar la multiplicidad de modos de envejecer, reconsiderar que hay límites en la intención de revertir el proceso de degeneración y dependencia y mirar críticamente la visión fácil de que el deterioro puede ser evitado, siendo accesible a todos la posibilidad de decir no a los efectos indeseables del envejecimiento biológico mediante actividades y tecnologías especializadas (Brigeiro 2005:9)" Nueva norma que aparece híbridamente (con la imagen pasiva y negativa de la "vejez") en el imaginario de la sociedad, pero principalmente de los/as adultos/as mayores como una presión abstracta que polariza las opciones: tener autovalidez-institucionalización (Paredes y Col., 2006). De ello se desprende el partir de sus necesidades y deseos, resaltando y redimensionando los proyectos de vida.

Entender la familia como un arreglo complejo entre personas, no como una unidad armónica necesariamente llena de amor, sino como lugar donde se cristalizan las tensiones de la sociedad capitalista actual. Desde aquí socializar y compartir con otras profesiones el poder repensar las manifestaciones de estas tensiones a la hora de catalogar posibles "descuidos" al/la adulto/a mayor, enjuiciando y estigmatizando a la familia.

Promocionar la permanencia del/a adulto mayor en casa implica trabajar con la familia y la comunidad, sobre los roles estereotipados de género y la sobrecarga de la mujer en la vida cotidiana. Desnaturalizar estas prácticas y promover una justa distribución de tareas en el hogar. Así, la salud del/la adulto/a mayor no solo le implican a él/ella sino que es multifacética. Como vimos, estos roles, así como el raigambre de la cultura de evitar el dolor y el sufrimiento, determinan la percepción de los/as adultos/as mayores en cuanto a la estimación positiva o negativa que le otorguen a sus vidas. Los hombres, en particular, sienten un vacío de "actividad" al alejarse de la "vida laboral" que, junto al mito de enfermar como condición inevitable en "la vejez", a la percepción negativa que socioculturalmente gira en torno a ella y la falta de recursos sociales para la misma, producen un panorama desalentador, e incluso una indirecta coacción autodestructiva preocupante.

Decíamos en el marco teórico que el "retiro" puede verse como oportunidad para tender y aspirar al "hombre" y mujer "enteramente" (Heller 1985:52). La cotidianidad despliega acciones no ligadas a la reflexión profunda, es inmediata y necesaria para organizar la vida

de un cierto modo. Pero es el trasfondo de ese modo, el que no se revela explícitamente a los individuos. Existe una jerarquización en los aspectos cotidianos siendo el trabajo el factor primordial. La jerarquización es diferencial según las clases sociales (Heller, 1985). En la vida cotidiana los individuos no tienen “ni tiempo ni posibilidad de absorberse enteramente en ninguno de esos aspectos” (ob.cit. 1985:40), de detenerse enteramente en una actividad. La rutinización obstruye mirar a fondo el devenir y el producto histórico de las mismas, creadas por la especie humana (actividades humanas genéricas). Alcanzar la conciencia del trabajo en tanto mercancía, el sentido de “utilidad”, o la invención del “viejo/a” como construcción social implican alcanzar la particularidad entre la situación concreta y la actividad humano-genérica. Es una suspensión parcial de la vida cotidiana a través del conocimiento de las inhibiciones y determinaciones que propone lo humano genérico y permite ganar espacios de libertad y autonomía al poder así elegir conscientemente interiorizarlas, o actuar conforme o no a ellas (Heller, 1985). La relación consciente del individuo con lo particular permite, “una concepción del mundo y aspiraciones a la autorrealización y autogoce de la personalidad” (Heller 1985:68). “La vida cotidiana permanece ineliminable e inultrapasable mas el sujeto que a ella regresa está modificado” (Heller 1985:69-71). Siguiendo a Heller (1985) la actividad humano-genérica se representa en el individuo a través de la comunidad y del sentido del nosotros. Por ello nos podemos encomunar con los demás que también son parte de la naturalización de las relaciones sociales que oprimen a los sujetos. El profesional puede contribuir a romper con las formas de pensamiento cotidiano (del que también es parte) a partir de la problematización de su inmediaticidad.

“El problema que nos plantea es político, cultural y ético, y debemos, no solo tratar de liberar al viejo de las determinaciones ligadas al estado y sus instituciones, sino liberar a los propios viejos del tipo de determinaciones que como individuos han sido objeto” (Lacub 2003:39).

Así, se debe interpelar junto con los/as adultos/as mayores la nueva norma de lo que supone un envejecimiento exitoso y/o activo. Aquí la actividad parece ausente de sentido y reducida a activismo en sí mismo y acrítico. Se podría pensar mejor en la participación por ejemplo como “ejercicio ciudadano de la participación”, un posicionamiento activo “respecto al ejercicio de derechos en la vida social” (Paredes y Col., 2006:107). La imagen de un envejecimiento activo muchas veces paternaliza o infantiliza a los grupos de adultos mayores prescribiendo actividades lúdicas, en desmedro de la apropiación de un criterio político de pensarse y pensar con otras generaciones, la valía de sus necesidades y sus derechos.

Dentro de lo que puede ser el nivel medio de intervención, el Trabajo Social puede promover procesos de socialización que problematicen los mitos generacionales, tales como el tabú de la sexualidad en “los viejos”, o el “fin de la vida útil”. Acercar a las generaciones a

partir de su entendimiento, el intercambio de experiencias, como portadores de vivencias de otros sucesos históricos, como unión entre el “pasado” para entender el presente.

Rescatar los saberes y aprendizajes de las/los adultas/os mayores, en la socialización a adultos/as y jóvenes, de actividades realizadas a la “vieja” usanza, que dan resultado y no caducan en el tiempo, para proyectos piloto productivos en actividades intergeneracionales y que sea redituables a ellos y a la comunidad. Es una forma de combatir el lema de que “lo nuevo” es mejor y aplaca “lo viejo” y que la actividad del hombre y la mujer perduren en el tiempo a partir del conocimiento transmitido. A la vez las/los adultos/as mayores pueden beneficiarse de nuevas habilidades y los cambios tecnológicos acelerados que las generaciones más jóvenes almacenan más rápidamente, pero pueden ser transmitidas en procesos de aprendizajes paulatinos.

La salud implica la promoción de los actores en su capacidad de resolución de sus problemas y necesidades (autogestión), refractando en su práctica la lógica del sistema actual como agente estructural de donde devienen esos problemas y necesidades. El Trabajo Social puede fomentar la identificación de problemáticas comunes que permita a las/los adultas/os mayores su asociación en pro de proyectos colectivos, nutridos por las habilidades personales adquiridos en años anteriores.

Aquí juega el Trabajo Social en todas las instituciones donde trabaje con adultos/as mayores tanto a nivel de programas estatales como los auspiciados por el Estado con gestión de la sociedad civil (cogestión), así como en los movimientos que surjan propiamente de ella.

Como hemos visto, falta participación de los/as adultos/as mayores en la expresión de sus necesidades y aspiraciones. La participación ciudadana no se da de manera natural, se deben crear las condiciones que la habiliten. El cambio de modelo de atención a la salud que supone el SNS, con énfasis en el Primer Nivel de Atención no sólo debe implicar la capacitación de recursos humanos en este nivel como vimos. El aprendizaje debería ser conjunto con la población, para cambiar la cultura medicocéntrica que permita asumir una actitud no dominante a la hora de pensar su salud, realizar el control social sobre el Sistema y apropiarse de una utilización racionalizada de los servicios y niveles del mismo. Aquí también el Trabajo Social puede impulsar talleres en los territorios que cuestionen los tópicos de esta cultura, sin desconocer pautas y prácticas culturales locales en salud, que puede mediar para que sean reconocidas. “En verdad, la participación se torna más efectiva cuando se conquista mediante un proceso de aprendizaje continuo en las prácticas de gestión democrática” (OPS 1992:24). Se trata también de que la profesión impulse espacios que permitan el reclamo de una descongestión efectiva del poder decisorio, con capacidad de influencia en los asuntos que atañen a la salud y la formulación de la comunidad local sobre la gestión de los servicios de salud.

Desde los/as adultos/as mayores institucionalizados, se recoge la propuesta teórico-metodológica basada en el paradigma de la sociología de la cultura y la planificación situacional, denominada "comunidad hogar" (Piña 2006:7). La misma trata que, más allá de que el hogar de ancianos se abra a la comunidad mediante centros de rehabilitación insertos en las comunidades, las redes con otras instituciones y servicios que favorezcan a otros adultos/as mayores de la comunidad y sus familias, como propone el modelo de "instituciones inteligentes"; los hogares llamen a la comunidad a involucrarse dentro de un proyecto común, de acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los mayores y su entorno. El modelo de institución inteligente propone la toma de decisiones y formulación de proyectos desde los/as adultos/as mayores residentes, apostando a su protagonismo y empoderamiento, así la institución se recrea continuamente. Plantea relaciones extramuros - una institución "flexible"- que interactúe con el entorno. Pero estos proyectos en definitiva tienen su origen y su énfasis desde el hogar y por tanto sus resultados tienden a favorecer la calidad de sus servicios dentro y fuera de él, replegados a la cultura organizacional. En cambio la propuesta "comunidad hogar" entiende que el hogar forma parte de la comunidad y a partir de ahí es posible planificar. El Trabajo Social se vincula con el actor (individual o colectivo) a partir de una relación dialógica, donde se intercambian saberes (el episteme y el doxa) y se posibilita la identificación de demandas (necesidades o problemas) e intereses para establecer metas, proponiéndose en conjunto actividades que le sean significativas para su consecución. Así el actor recupera o desarrolla su potencial de autogestión y de decisión sobre la vida. Y esto justamente, porque los/as adultos/as mayores pasan a ocupar "un rol sin rol" en la sociedad (Piña 2006:1), se titulan como adultos/as mayores pero ya no se podría esperar nada de ellos/as.

Las organizaciones (ejemplo las ONGs, grupos de promotores comunitarios en salud), la formación de redes sociales (policlínicas, equipos técnicos, etc.) en donde se plasma la participación popular, se forman por las disfuncionalidades del sistema intentando dar resolución a sus necesidades. Justamente son éstas últimas las motivadoras para el contacto con los otros, para la constitución de grupos sociales y la posibilidad de redes como estrategia para aprovechar recursos, optimizar acciones, intercambiar experiencias en la afrontación de ejes comunes. El Trabajo Social tiene que impulsar el aprovechamiento de estos movimientos para visibilizar al/la adulto/a mayor institucionalizado o no, como potenciales actores en la toma de decisiones sobre sus problemas y los de la comunidad de la que forman parte. Recuperando el rol de miembro vinculante en los asuntos y problemas de su comunidad. A la vez que reconocer en la planificación la peculiaridad, la historia de los territorios y las comunidades locales, las trayectorias de vida de los/as adultos/as mayores y sus familias.

A nivel macro, se apuesta a hacer del cuidado, relegado al ámbito “privado”, un tema “público”, en cuanto responsabilidad estatal y social que sea contemplado en la política social. En otras palabras y siguiendo a Rosario Aguirre “Se trata de “desprivatizar” este tema para que la interrogante sobre quién se encarga de las personas dependientes forme parte del análisis académico y político acerca de la reorganización de los sistemas de protección social, la reforma de los sistemas de salud y el desarrollo de los servicios sociales” (Aguirre 2007:188). Es fundamental que las políticas de la seguridad social incorporen una perspectiva de género. Respecto a las mujeres, la seguridad social debe estar atravesada por una discriminación positiva hacia ellas, dado que una norma común entre los géneros, como vimos, deprecia su calidad de vida (jubilaciones y pensiones) al vivir más años. A la vez que reconocer sus derechos a acceder a la protección social en base al criterio de ciudadanía y no en función de roles estereotipados de género ceñidos a la división sexual del trabajo. Respecto a la delegación de funciones del Estado a la sociedad civil, y el fenómeno del voluntariado, cabe algunas reflexiones. La crítica radica en que parte de una sociedad civil despolitizada, atomizada e individualista, donde la solidaridad se concibe en términos utilitaristas (ayuda como fuente de satisfacción propia), en vez de una construcción política de sociedad conjunta entre la sociedad civil y el Estado. La participación de la sociedad civil es vista como respuesta a la “(...) “crisis de gobernabilidad o crisis fiscal”, que parte del” (...) “paradigma que percibe el desarrollo económico como “dimensión absorbente de la política y de la vida social” (Nogueira 1999:7). La despolitización de la sociedad civil con su atomización de reivindicaciones e intereses que compiten entre sí para ver quién gana la mejor tajada, más la imposibilidad del Estado de absorber todas las demandas, fueron distanciando a la sociedad civil del Estado, (y viceversa) de un proyecto societal común, presentando lenguajes distintos y la ausencia de un “efectivo espacio público”³² (Nogueira 1999:9). Se tiene que trabajar en una perspectiva que impulse la dimensión política de la sociedad civil en pro de intereses generales. “Concebida sin lazos orgánicos con el Estado, la sociedad civil no consigue (...) la posibilidad de imprimir al conjunto de los hombres una nueva forma de consenso y de consentimiento”, ni el “locus ()... donde se da el choque de hegemonías ideológicas (...)” (Nogueira 1999:8). Por eso se puede considerar, no sólo la defensa de derechos sectoriales “de” los/as adultos/as mayores sino que trascienda y vincule otras organizaciones en torno al problema

³² “Acabamos, en cierto modo, por quedar entre dos mundos que sólo se comunican con dificultad y que casi siempre compiten entre sí. El sistema dominante (y por medio de él, distintos sectores de los aparatos del Estado) trata a la sociedad civil como pura (e inconveniente) fuente generadora de problemas para la gobernabilidad, o como expediente con el que se cuenta para intentar aliviar los costos del Estado. La sociedad civil, por otra parte, se percibe como víctima de un Estado que todo lo exige y que poco consigue producir, responsabilizándolo por todos sus infortunios y por todo aquello que deja de hacer para atender las distintas carencias” (Nogueira 1999:9,10)

común: la construcción de la protección social del que recibe cuidados y del que cuida como problema político en el debate social.

La participación parte del lugar que ocupa la/el adulta/o mayor en la sociedad y en la integración social. La población adulta mayor está determinada por la vulnerabilidad social y económica –dada la centralidad del mercado de trabajo-, las cuales como vimos, hacen que la participación en la misma sea reducida. “Una vez vulnerada la identidad y pasado el umbral de los 60 años, se le ofrecen algunos espacios que otrora eran parte de sus derechos, en forma de programas especiales, focalizados, entendidos como políticas especiales para las poblaciones más pobres y vulnerables” (Márquez, 1998). Nos referimos aquí a la función asistencial(ista) de las políticas sociales, que debería incorporar la función de integración social creando espacios específicos para ello. La integración social entendida no como forma de “contrapartida”, sino como espacio donde las demandas de los/as adultos/as mayores tengan voz y se integren en la construcción del perfil de la comunidad sociopolítica. Políticas donde el acceso al “beneficio” no sea la necesidad sino el derecho.

REFLEXIONES FINALES:

Es difícil hacer una síntesis de lo expuesto dado que se desprenden varias líneas para analizar el envejecimiento que mueve lo político, lo económico, lo social, lo cultural, todo en interrelación por ser una manifestación de la realidad social. El envejecimiento que puede ser la variable demográfica para un sondeo es en realidad un producto social. No es el resultado incalculable del proceso de modernización de las sociedades capitalistas, algo que se le fue de las manos a ella como resultado del desarrollo progresivo de sus tecnologías. Más bien, se persigue indirectamente el envejecimiento al tratar de elevar la esperanza de vida; esperanza de vida que, como indicador de la calidad de vida y/o bienestar social, es un velo que encubre nuestras miserias humanas y materiales de las sociedades, la reproducción del ser social en base a la explotación, la dominación, el poder, la riqueza y la pobreza características del tiempo que nos toca vivir.

El envejecimiento como proceso desde el nacimiento hasta la muerte implica tener en cuenta los momentos neurálgicos de la vida como la infancia, la adolescencia y la edad adulta que dependiendo de los modos y calidad de vida particularizarán las “vejeces”. Por tanto entender la salud del/la adulta/o mayor, no es reducir la atención a las enfermedades que aparecen luego de los 65 años. Las mismas son manifestaciones de las condiciones de vida precarias determinadas principalmente por el mercado de trabajo en la vida adulta (sino antes con las secuelas de un desarrollo vital con privaciones). Así para hablar de la salud de la/el adulta/o mayor es importante la observancia de la salud en “etapas previas” de la clase

trabajadora, no únicamente como servicios médicos a su disposición sino como salud laboral en sentido amplio que implica vivienda decorosa, higiénica, condiciones de trabajo seguras y un salario que evite a el/la trabajador/a y su familia la pobreza.

Las acciones estatales existentes para adultos/as mayores, deben contemplar específicamente la determinación de género, en cuanto la fórmula del “envejecimiento exitoso” es diferencial para hombres y mujeres. Las políticas existentes en salud hoy se preocupan básicamente de los/as adultos/as mayores residentes en hogares y por tanto del sector minoritario de la población. Se centra así en el sistema hospitalario y residencial con falta de implementación de programas dirigidos a personas insertos en la comunidad, con grados relativos de autonomía pero que no llegan a tener “disfunciones severas”.

El marco normativo del nuevo Sistema Integrado de Salud es un cambio importante en la estructuración de los servicios de salud que tiende a la equidad en los costos y de la calidad de las prestaciones. Lo que ocurre es que sus “beneficios”, al derivarse del mercado de trabajo por integración o exclusión de él (jubilados y pensionistas), no universaliza la atención a toda la población adulta mayor. Se destaca el énfasis dado en la Atención Primaria de la Salud y en el Primer Nivel de Atención. Sin dudas son cambios importantes y no se deja de reconocer que las críticas en este trabajo son parciales, porque muchas medidas no se tomaron aún, pero existe el marco normativo que habilita a trabajar desde dimensiones nuevas que permiten mejorar la calidad y el acceso a la atención. El desafío consiste en cómo instrumentar el nuevo sistema a futuro para la población de interés, más allá de sus aspectos financieros, dado que aún se nota falta de conexión y superposición de programas asistenciales dentro de distintos ámbitos estatales. Se empezó a poner énfasis en los programas integrales de salud, dirigidos a la atención a la infancia y a los/las adolescentes hecho que reclama urgencia por encontrarse en ellos/as la pobreza crítica en el más amplio de los sentidos (no sólo económico), quedando comprometido el futuro, como vimos. Habrá que esperar la concreción del programa de atención a la salud del/la adulto mayor verdaderamente integral: coherencia entre todos los niveles, atravesado por la prioridad preventiva y un triple enfoque biológico, psicológico y social; con las particularidades específicas que componen la atención a la población adulta mayor, como ya vimos. Un gran avance y positivo, como expresan las autoridades sanitarias es que la temática del/la adulto/a mayor se colocó en el tapete del debate institucional, dándole más visibilidad y comenzando a construir un camino de trabajo interinstitucional (como se propone el Comité). Aún así, se focalizan los servicios en ámbitos bien delimitados y definidos: “lo económico”, “lo médico-sanitario” y “lo social” y se hace evidente la necesidad de contar con un Plan Nacional para el/la Adulto/a Mayor o Instituto del/la Adulto/a Mayor que transversalice la intervención e integre a estos ámbitos. A la vez que el mismo, habilite políticas que hagan visible la temática del/la adulto/a mayor y promueva la incorporación

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, R.: "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas". En: "Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros". Irma Arriagada (Coord.) CEPAL, UNFPA, Santiago de Chile, octubre de 2007.

Barrán, J.: "Medicinan y Sociedad en el Uruguay del Novecientos". Tomo I: "El poder de curar". Ed. Banda Oriental, Montevideo, 1992.

Bertaux, D.: "Sociología de la vida cotidiana y relatos de vida". En: Revista Suiza de Sociología, N° 1, Vol. 9. CEMS, París, 1983. Traducción de Gabin, B. FCS-DTS, Montevideo, 2000

Brigeiro, M.: "'Envejecimiento Exitoso" y "Tercera Edad": problemas y retos para la promoción de la salud". En: Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol.23, N° 1. Colombia, 2005. Ed. Red Latinoamericana de Gerontología. 2 de julio de 2007

Caetano, G.; Alfaro, M.: "Historia del Uruguay contemporáneo". Capítulo: IV: "El Uruguay Neo-batllista (1946-1958)" Ed. F.C.U. Montevideo, 1995

Castel, R.: "De la peligrosidad al riesgo" En: V.V.AA.: "Materiales de Sociología Crítica. Ed. La Piqueta, Madrid, 1986

Damonte A y col.: "Cómo envejecen los uruguayos". Ed. CEPAL, Montevideo, 2000

Filgueira, C.: "Sobre Revoluciones Ocultas: La Familia en el Uruguay". CEPAL, Montevideo, 1996

Filgueira, F.; Katzman, R.: "Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay". UCUDAL, Montevideo, 2001.

Foucault, M.: "Historia de la Medicalización". Segunda Conferencia dictada en el curso de Medicina Social, octubre, 1974, en el Instituto de Medicina Social. Centro Biomédico de la Universidad de Río de Janeiro, Brasil. En: "Educación Médica y Salud". Vol. 11, N° 1, 1977.

- _____ "Vigilar y Castigar". Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, 1991
- Goldani, A.: "Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la "realidad" brasileña y la utopía" En: "Políticas hacia las familias, protección e inclusión social". CEPAL, Stgo. de Chile, junio de 2005
- González, T.; Grille, A.: "La Salud un Derecho del Hombre". Ed. ALDHU. Quito, Ecuador, 1984.
- Heller, A.: "Historia y vida cotidiana". Capítulo: "Estructura de la vida cotidiana". Ed. Grijalbo. México, 1985
- Hennessy, P.: "El creciente riesgo de la dependencia en la vejez: ¿qué papel aguarda a las familias y la seguridad social?" En: Revista Internacional de Seguridad Social. Asociación Internacional de la Seguridad Social. Ginebra 1997. Vol. 50.
- Jiménez, A.: "El mito de la madre sacrificada. Un modelo de género". En: Revista de Antropología Experimental. N° 1. Universidad de Murcia. España, 2001
- Lacub, R.: "La Post-Gerontología. La Política de las Edades". En: "Notas sobre intervención y acción social. Espacio adulto mayor". Revista de Trabajo Social Perspectivas N° 12. Ed. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. Chile, 2003
- Lasch, Christopher.: "Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?" Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1991.
- Méndez, E.: "Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible". En: "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate". OPS. Publicación Científica N° 540, Washington, D.C., 1992
- Mioto, R.: "Família e Serviço Social: contribuições para o debate". En: "Serviço Social e Sociedade". Ano XVIII, Nro. 55, Novembro/97. Cortez Editora, São Paulo. 1997.
- _____ "Novas propostas e velhos principios". En: Revista Fronteras, N° 4. Departamento de Trabajo Social. Montevideo, 2001

Mitjavila, M.: "El saber médico y la medicalización del espacio social" Ed. D.S. UdelaR, Documento N° 33, Montevideo, 1998

Nogueira, A.: "Un estado para la sociedad civil". En: Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 14. Caracas. Junio de 1999

Organización Panamericana de la Salud: "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate". OPS. Publicación Científica N° 540, Washington, D.C., 1992

Paredes, M.; Huenchuan, S.: "Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas" Ed. Trilce, Montevideo, 2006

Paredes y Col.: "Proyecto Género y Generaciones". Tomo I "Reproducción biológica y social de la población uruguaya". Ed. Trilce. Uruguay, 2006

Ramírez, I.: "Dependencia versus Autonomía en la Vejez". En: "Notas sobre intervención y acción social. Espacio adulto mayor". Revista de Trabajo Social Perspectivas N° 12. Ed. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. Chile, 2003

Ray, D.: "Economía del Desarrollo". Universidad de Boston, Ed. Antoni Bosch, EEUU, 1997

Reis, N.: "A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas". ABEP, IUPERJ. Brasil, noviembre de 2005

Romero, L.: "Concepto de familia en relación a lo público y lo privado. Características de la familia violenta, elementos para el diagnóstico familiar". En: VV.AA.: "Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad". UdelaR. Montevideo, 2002

Rosales, O.; Loáiciga, M.: "La Población Anciana de Liberia: Condición socioeconómica precaria" En: Revista de Ciencias Sociales. N° 59. Universidad de Costa Rica, Costa Rica, 1993

Sánchez, D.: "Gerontología Social". Ed. Espacio. Argentina, 2000

Rossi, M.; Triunfo, P.: "El estado de salud del Adulto Mayor en Uruguay". Documento N°14/04, Dto. de Economía, FCS, UdelaR, Diciembre 2004

Serrano, C.: "La familia como unidad de intervención de políticas sociales. Notas sobre el Programa Puente- Chile Solidario". En: "Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros". Irma Arriagada (Coord.) CEPAL, UNFPA, Santiago de Chile, octubre de 2007.

Villar, H.: "La salud, una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud". Ed. Grafinel, Montevideo, Marzo de 2003

Weinstein, L.: "Salud y Autogestión". Ed. Norman-comunidad. Montevideo, 1989.

Zolotow, D.: "Un Buen Envejecer en Establecimientos de Larga Estancia". En: Revista de Trabajo Social. N° 34, Año XIX. Ed. Eppal. Montevideo, 2005

FUENTES DOCUMENTALES

ACDE-UCUDAL: Seminario sobre "Adulto Mayor y la Responsabilidad empresarial". Montevideo, Mayo de 2008

Alberti, R. Programa Nacional del Adulto Mayor-Ministerio de Salud Pública. Entrevista realizada en Junio de 2008.

Arenas, A. y Col.: "Reformas a los sistemas de pensiones, efectos institucionales y fiscales: Cuatro casos de estudio: Argentina, Colombia, México y Uruguay". Informe de Uruguay, BID, Uruguay, 2005

Basso, J.: "Exigirán categorización de albergues para ancianos según sus comodidades". En: Publicación digital www.larepublica.com.uy N° 2791, Montevideo, Uruguay. 17 de enero de 2008

BPS-Gerencia de Prestaciones Sociales: "Prestaciones y Servicios Sociales". s/d

Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997

Contrato BPS-FONASA. Decreto/Ley 18.131. Anexo Pasivos. Uruguay. Agosto de 2007. En: www.parlamento.gub.uy

Dalmer, D.: "Hacia sistemas de seguridad social sostenibles". En: Conferencia de la AISS ISSA/ CONF/ LIMASSOL, Chipre 2003

Declaración de Alma Alta, OMS-OPS para el período 1987-1990, Alma Alta, Setiembre de 1978

Decreto 320/99. "Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores". MSP, MTSS. Uruguay, 1º Octubre de 1999. En: www.parlamento.gub.uy

Decreto/Ley 18.131. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Uruguay, Enero de 2008. En: www.parlamento.gub.uy

De Marco, E. Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor del MSP, En: "Adulto Mayor, más calidad de vida a los años". Página Web Oficial del MSP: "Adulto Mayor, más calidad de vida a los años", Montevideo, 16 de junio de 2006. www.msp.gub.uy

De Marco, E. Programa Nacional del Adulto Mayor-Ministerio de Salud Pública. Entrevista realizada en Junio de 2008.

De Martino, M.: "Procesos familiares e intervenciones técnicas". INAME, CENFORES. Montevideo, setiembre de 1999.

Diálogo Nacional sobre Seguridad Social (DNSS) – Mesa Temática 1: "Demografía y Seguridad Social". Informe de la Comisión Ejecutiva (MTSS, BPS, PIT-CNT, INAMU-MIDES, ONAJPU). Uruguay, 2007.

Engler, T.: "Discapacidad y Dependencia en la Vejez: Dimensiones, Opciones Habitacionales y Tecnológicas con Calidad". Banco Interamericano de Desarrollo. Dpto. Regional 1, División de Programas Sociales. EE.UU. Junio 2003

Equipo de Representación de Trabajadores del BPS: "Mujer y Seguridad Social en Uruguay". BPS, Montevideo, Agosto de 2003

Facultad de Arquitectura (UdelaR): "Encuentro - Intercambio: "¿cómo quieren vivir los adultos mayores?". Paraninfo de la Universidad de la República, Montevideo, 2001

González, T. En: "Primer Nivel de Atención en Salud otorga resolutivead". Página web de Presidencia de la República. Uruguay, Abril de 2006. www.presidencia.gub.uy

INE: "Uruguay en cifras 2007" Pág. Ofic. Instituto Nacional de Estadística, Montevideo, 2007

_____ "Estimación de Pobreza por el método de ingreso 2007". Pág. Ofic. Instituto Nacional de Estadística, Montevideo, 29 de abril de 2008

Ley 17.066. "Alojamientos Privados para Adultos Mayores". MSP, MTSS. Uruguay, 24 de diciembre de 1998. En: www.parlamento.gub.uy

Ley 17.796. "Normas para la Promoción Integral de los Adultos Mayores". Uruguay, 9 de Agosto de 2004. En: www.parlamento.gub.uy

Ley 18.211. "Sistema Nacional Integrado de Salud". Poder Legislativo. Asamblea General. Uruguay. 5 de Diciembre de 2007. En: www.parlamento.gub.uy

Marco, F.: "El sistema previsional uruguayo desde la perspectiva de la economía cuidado". Ponencia presentada en la Mesa de Trabajo "El aporte del trabajo no remunerado de las mujeres a la economía y la Seguridad Social" en el marco del Diálogo Nacional de Seguridad Social, Montevideo, 3 de octubre de 2007.

Márquez, A.: "Algunas reflexiones sobre Gerontología, Educación y Profesionalización". Bogotá, 1998. En: Pág. Web Ofic. de la Red Latinoamericana de Gerontología. Abril de 2004.

MIDES-DNPSS-AAM: "Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. "Envejecer... un proceso de todos". En busca de la equidad generacional". MIDES, UNFPA. Uruguay, 23 de Abril – 26 de Noviembre de 2008

Muñoz, M.: "Por el bienestar de los Ancianos se categorizarán casas de salud". En: Pág. Web. Ofic. del MSP. Montevideo, 30 de octubre de 2006.

Murro, E.; Muñoz, M.: "Acto de Firma de Convenio de prestación de servicios entre el BPS, MSP y las Mutualistas". En: Pag. Web Ofic. del BPS. Montevideo, 3 de agosto de 2007

Obreque, R.: "Representaciones Sociales de Dirigentes Adultos Mayores de Uniones Comunales de Clubes". Ed. Pág. Web Ofic. de la Red Latinoamericana de Gerontología. Chile, 2005.

Pág. Web Ofic. del Banco de Previsión Social-Derechos de Adultos Mayores. Uruguay, 2008

Pág. Web Facultad de Psicología. Servicio de Psicología de la Vejez. UdelaR. Proyecto de extensión: "Programa social-comunitario de abordaje de problemáticas y construcción de estrategias en el campo del envejecimiento y la vejez en el Uruguay II". Uruguay, 2002-2003.

Pág. Web Ofic. del Ministerio de Desarrollo Social – Área del Adulto Mayor. Montevideo, Uruguay: "Lo esencial es invisible para los oftalmólogos". Montevideo, 25 de enero de 2008

Pág. Web Ofic. del MSP: "Unidad de Media Estancia". Montevideo, Setiembre de 2007

Piña, M.: "Trabajo Social Gerontológico: investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores". Ponencia presentada en el 33º Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social, Chile, 28 al 31 de Agosto de 2006.

Poder Judicial – Servicio Administrativo: "Comunicación del Ministerio de Salud Pública respecto a los requisitos para el ingreso al Hospital Centro Geriátrico Dr. Luís Piñeyro del Campo". Circular Nº 64/06. Montevideo, julio de 2006.

Prats, D.: "El Estado y la ancianidad". Primer Simposio sobre "Política para la Ancianidad". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección Nacional de Seguridad Social. Montevideo, Abril de 1980.

Presidencia de la República: "Plan de Equidad". Gabinete Social, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Uruguay, 2007. En: Página Web Oficial del MIDES.

Programa Nacional Adulto Mayor (PRONAM): "Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos". MSP/DIGESA/PRONAM, Montevideo, 2007

_____ : "Fichas Temáticas I y II", MSP/PRONAM. Montevideo, 2008

Publicación digital www.elpais.com.uy, N° 29851. Montevideo, Uruguay. Setiembre de 2004

_____, N° 30211, Montevideo, Uruguay. Setiembre de 2005

RAISS – Revista de Asociación Internacional de Seguridad Social. "Las tendencias en la seguridad social". Número 3, Ginebra, 1999.

Regalo, N. Centro Diurno del Hospital Piñeyro del Campo, Marzo de 2008

Resolución E, N° 1 del BPS (Ley 17.217), Uruguay, junio de 2004

Reyes, N.: A. S. Gerencia de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, Entrevista realizada en Febrero de 2006. Montevideo- Uruguay

SAS-IMM: Encuentro de trabajadores de la salud de Policlínicas Municipales sobre la atención a los/as adultos/as mayores, convocado por el Servicio de Atención de la Salud (SAS) de la Intendencia Municipal de Montevideo; Montevideo, febrero de 2008

SMU: "IMM y MSP lanzan el Programa Oro". En: "El futuro entre todos". Revista Noticias N° 123, publicación oficial del SMU, Agosto 2004.

VV.AA.: "Reconversión del Modelo de Atención de los Adultos Mayores. Programa Prioritario del Adulto Mayor". PONAM, Hospital Piñeyro del Campo (MSP) y el Servicio de Atención a la Salud de la IMM. Montevideo, 2005

Villar, H.: "¿Sistema, Seguro o Plan de Salud". En: Publicación digital www.larepublica.com.uy, N° 2142. Montevideo, Uruguay. 26 de marzo de 2006

Zolotow, D.: "Violencia, familia y Tercera Edad". En: Pág. Web Ofic. de la Red Latinoamericana de Gerontología. Argentina, 2004