

¿Objeto de cuidado o sujeto de derecho?

Aportes para pensar el trabajo con personas mayores en residencias de larga estadía

Lic. en Psic. Camilo Luciano Scapin Fierro

Diplomatura en Psicogerontología

Universidad de la República, Facultad de Psicología

Montevideo, 13 de julio de 2018

¿Objeto de cuidado o sujeto de derecho?

Aportes para pensar el trabajo con personas mayores en residencias de larga estadía

Lic. en Psic. Camilo Luciano Scapin Fierro

Trabajo final de la Diplomatura en Psicogerontología

Tutor: Lic. en Psic. Dip. en Psicogerontología César Valdez

Montevideo, 13 de julio de 2018

“En la mayoría de las instituciones el viejo no es más su historia, no es más sujeto, es un cuerpo deshecho cuya higiene y supervivencia hay que asegurar. Del mismo modo que el discapacitado, el anciano es objeto de su cuerpo y no un sujeto completo”.

Le Breton

Resumen

El presente trabajo propone un primer acercamiento a la problemática de las personas mayores viviendo en residencias de larga estadía en Uruguay. A partir de un desarrollo conceptual nos preguntamos sobre las concepciones de vejez que han operado en estas instituciones y cómo han configurado y justificado las prácticas que allí operan.

Realizando un recorrido sobre la normativa nacional y los paradigmas internacionales concluimos en que existen dos modelos de interpretación de la realidad en tensión: un modelo que produce un discurso de connotaciones negativas hacia la vejez que posiciona a la persona mayor como objeto de cuidado y otro modelo que desde una perspectiva de derechos humanos sitúa a las personas mayores como sujetos de derechos.

A la luz de una nueva normativa que regula estas instituciones finalizamos con un análisis pretendiendo realizar un apunte a modo de aporte a la manera de pensar nuevas prácticas que acompañen, desde una perspectiva de derechos, nuevas formas de trabajar con la vejez.

Palabras claves

Personas mayores - Residencias de larga estadía - Objeto de cuidado - Sujeto de derecho

Indice

Introducción	6
1. Características de las residencias de larga estadía como institución	8
2. ¿Desde que nociones de vejez son pensadas las residencias de larga estadía?	9
3. El Papel de Estado en materia de regulación de las residencias de larga estadía: el caso de Uruguay	13
4. Nueva normativa vigente	16
Profesional del área social	18
Proyecto de centro	19
Formación y capacitación del personal	20
5. Consideraciones finales	21
6. Referencias Bibliográficas	24

Introducción

El presente trabajo se enmarca como el final del Diplomado en Psicogerontología realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Mediante el mismo se busca aplicar y desarrollar los conocimientos adquiridos a través de las diferentes instancias comprendidas en el plan de estudio y articular los mismos con el interés personal de profundizar sobre las vicisitudes a las que se enfrentan las personas mayores a la hora de habitar las residencias de larga estadía.

Uruguay presenta características propias que lo hacen atípico y digno de estudio; a pesar de ser un país de pequeñas dimensiones y con baja densidad demográfica su infraestructura de salud es propia de un país de la región. Es uno de los países más envejecidos de latinoamérica. La población de 65 años o más representa el 14,1% demostrando una avanzada transición demográfica, similar a lo que se da en países con economías desarrolladas y a lo que la mayoría de los países de la región alcanzaría en los próximos 30 años. Esto nos permite anticipar el escenario poblacional y de recursos con el que se encontrarán los países de la región en años venideros cuando presenten una población más envejecida (INE, 2018).

En paralelo a este crecimiento, se observa un crecimiento de las residencias de larga estadía como opción de cuidado. Crecimiento sostenido a lo largo de las últimas 4 décadas llegando las 14.024 camas según el último censo efectuado al respecto (MIDES 2015).

En Uruguay viven unas 13.817 personas en este tipo de vivienda, de las cuales 11.560 son personas mayores de 65 años. Número que representa el 2,49% del total de dicha

población (Censo, 2011).

Estos datos muestran cómo aparecen en la escena social los centros residenciales para personas mayores como unidades de cuidado de larga duración convirtiéndose en una alternativa de respuesta a necesidades de esta franja etárea.

Estas residencias son definidas como centros de alojamiento, convivencia y cuidado cuyo objetivo es proporcionar un entorno vital de contención y cuidados para las personas mayores que por diversos motivos no pueden continuar viviendo de forma independiente en sus hogares (Pugliese, 2011).

Según esta definición la dependencia y la necesidad de cuidados es la principal condición por la cual las personas egresan de sus hogares particulares para institucionalizarse.

Lo expuesto converge en la necesidad de pensar cómo surgen estos dispositivos de cuidado y nos exige conocer sobre las concepciones de vejez que las determinan.

Para ello realizaremos un análisis de los discursos que han sustentado las prácticas en estas residencias y expondremos situaciones surgidas en la práctica profesional para graficarlos. También realizaremos un recorrido donde se analizaran las normativas nacionales finalizando con la actual legislación y sus características particulares e intentaremos con ello contestar las siguientes preguntas:

¿Desde qué paradigma de vejez son pensadas las prácticas ejercidas en una residencia de larga estadía?, ¿Cómo son habitadas estas residencias por las personas mayores?, ¿Cómo se garantiza el cumplimiento de los derechos de las personas mayores que las habitan?.

1. Características de las residencias de larga estadía como institución

Los establecimientos de larga estadía, en tanto instituciones, nos remiten a la noción planteada por Foucault (1975), de pensar al cuerpo del viejo como elemento susceptible de ser cercado. Dentro de estas instituciones, se muestran modelos homogeneizantes y normatizadores que habilitan o prohíben formas de ser y de estar. Configurando un dispositivo disciplinario cuya finalidad es volver dóciles los cuerpos. Cuerpos marcados por las tensiones del campo político y social que deben someterse a cualquier ajuste en pos de resultar funcional a ellas. En este sentido, la institucionalización resultaría, en muchos casos, una respuesta hacia esa necesidad funcional de envejecer puertas adentro, lejos de la mirada de los otros (Salvarezza, 1998).

Las residencias de larga estadía toman como referencia el modelo institucional de la modernidad destinado a albergar locos, personas indigentes y mayores denominado modelo asilar (Barenys, 1992).

Para entender lo que comprenden estas instituciones como espacio de encierro y control social y lo que reproducen en sus habitantes tomamos los aportes sociológicos de Erving Goffman (1970) quien le otorga la tipología de “Institución total”. Define las mismas como; “Lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente por otros”.

Estas instituciones presentan características comunes por ejemplo; las actividades que se lleven a cabo estarán pautadas bajo estrictas normas y reglamentos explícitos. Estas actividades estarán reguladas por otros y serán en compañía de otras personas que recibirán idéntico trato. Por otro lado todos los aspectos de la vida se llevarán a cabo en el mismo espacio y teniendo la misma autoridad.

Esto produce que en la institucionalización de las personas mayores la singularidad tienda a perderse debido a que en la institución tienen que convivir con personas desconocidas con hábitos de vida diversos según sus historias personales. A partir de la misma, sus estilos de vida sufren cambios ya que deberán adaptarse a las normas y rutinas que la residencia implique (Pérez, 2007).

El régimen interno de una residencia de larga estadía tendrá como finalidad facilitar el cuidado de las personas mayores con una organización y normas previamente establecidas. Se justificará por razones humanitarias en atención al cuidado y custodia que entiende precisan las personas mayores y de cuyo bienestar será responsable. Estas finalidades, en concordancia con el discurso que las legitima cuentan con la aceptación pública y se consolidan desde la legitimación del Estado y el discurso médico (Salvarezza, 1994).

Cabe destacar que dentro de las características que presentan las instituciones totales hay una que diferencia a las residencias de larga estadía con las demás. Estas no tienen como objetivo restituir a la sociedad a la persona mayor sino que las recluye bajo cuidados y supervisión médica para asistirle en los cuidados básicos como la higiene, la alimentación y el sueño (Krasoievitch, 1998).

2. ¿Desde que nociones de vejez son pensadas las residencias de larga estadía?

El surgimiento de las residencias de larga estadía se encuentra estrechamente vinculado al desarrollo de la geriatría y las reglamentaciones hacia la vejez y evidencian la construcción social existente sobre ella centrada en la pérdida y el declive. En Uruguay la regulación jurídica y la lógica del mercado se han posicionado desde ese saber médico y su discurso hegemónico a la hora de implementar las normativas que las sustentan (Aguirre, 2014).

La interpretación social del envejecimiento vinculada a los prejuicios mencionados concluye en que la vejez es un problema médico que debe ser atendido y se produce un

deslizamiento de sentido a través del cual el cuidado de las personas mayores implicaría su institucionalización (Barenys, 1992).

Este conjunto de prejuicios basado en el modelo médico tradicional de salud y enfermedad cristaliza sentidos y colabora en consolidar a la vejez como un mercado de consumo donde el viejo pasa a ser depositario de prejuicios incapacitantes y es posicionado como un objeto a ser cuidado.

En este contexto y entendiendo la vejez como una etapa de consumo el mercado genera ofertas tanto de productos farmacéuticos como de productos y servicios que se encargan de la problemática de la vejez (Salvarezza, 2000), (Berriel, 2007), (Brian Salter y Charlotte Salter, 2011).

Mediante este discurso se legitima el surgimiento de las residencias de larga estadía como opción de cuidados. La mirada hacia la vejez es incapacitante y se observa como estas residencias surgen como un lugar donde asilar a las personas mayores de forma pasiva hacia el final de la vida.

Teniendo en cuenta lo expuesto en cuanto al carácter totalizador que presentan las residencias y el surgimiento de las mismas bajo una concepción deficitaria de la vejez surgen varias preguntas: ¿Cómo incide esta dinámica en las personas mayores a la hora de habitar las residencias?, ¿Se genera la apropiación de la residencia como hogar por parte de las personas?, ¿Las personas son pensadas como objetos a ser cuidados o como sujetos de derechos y seres deseantes?.

Para dar cuenta de esto utilizaremos dos viñetas extraídas de mi práctica profesional con personas mayores usuarias de servicios de residencia de larga estadía.

A menudo en la clínica me he topado con situaciones en las que las personas mayores suelen ser tratadas como si fueran perdiendo sus derechos simplemente por la edad que transitan.

Si bien las residencias suelen responder a la demanda de cuidados, por momentos predisponen una mayor dependencia de las personas mayores que en ellas viven y en ocasiones donde existen patologías generando lo que se conoce como exceso de discapacidad (Sabat, 1994).

También se observa como no es tenida en cuenta desde la institución la adaptación que deben hacer las personas mayores hacia un nuevo contexto con su reglamentación, ritmo y legalidad propios que no siempre tienen en cuenta los derechos de las personas.

Un ejemplo de esto lo resume lo explicitado por una persona mayor durante el proceso de trabajo junto a ella¹.

“Acá no podes quejarte porque todo es como te lo dicen ellos, ni desayunar a la hora que quiero puedo. Me quejo de la comida porque es de lo único que puedo quejarme sin que me contradigan... con la comida puedo decir que no me gusta. No me gusta y punto... Me obligan a comer aunque me queje pero nadie puede convencerme que me tiene que gustar; si yo digo que esta feo nadie puede decirme que esta rico.”

En este ejemplo vemos claramente el carácter totalizador de la institución y cómo esta influye en la forma de sentir de la persona que la habita excluyendo a la misma de cualquier toma de decisión y relegándola como sujeto deseante. La persona mayor siente ser posicionada como quien acate las decisiones que se tomen institucionalmente hacia ella bajo las consignas de su cuidado. De tal manera siente que no hay nada de lo que pueda plantear que no sea refutado por la norma. La única forma que entiende válida de plantear su disconformidad es mediante algo subjetivo como el gusto. Allí siente que no acata de manera pasiva las decisiones que toman sobre ella bajo la consigna de cuidarla o mejorar su calidad de vida y no la pueden contradecir: “No me gusta y punto”.

De la viñeta se desprende la visión homogeneizante de la vejez que reina dentro de estas instituciones dejando por fuera la calidad de persona de los usuarios. Las normativas y las formas de actuar no tienen en cuenta la heterogeneidad de las personas. Todas son cuidadas por igual y bajo la consigna del cuidado se generan acciones que no hacen más que vulnerar el derecho a la autonomía de cada una de ellas.

Este derecho es vulnerado desde el ingreso a la institución en las situaciones en las que los familiares deciden una internación sin consentimiento.

En relación a este punto Krassoievitch (1998) afirma que muchas personas a su ingreso

¹Entrevista realizada en residencia de larga estadía.

no han sido escuchadas al momento de la decisión de su institucionalización, muchos incluso han sido engañados o llevados de manera forzosa. De forma complementaria Barenys (2012) afirma que un gran porcentaje de personas alojadas en residencias geriátricas se encuentran allí bajo su voluntad con una actitud de resignación dado que por diversas circunstancias se encuentran allí y por ende deben aceptar la situación como la mejor opción que han podido tomar alejándose de la idea de sujeto como deseante y reflexivo.

Otro ejemplo de cómo las personas mayores son posicionadas como objeto de cuidado lo resume la siguiente viñeta;

“Tengan cuidado. Miren que si mencionan o preguntan por Jaime no saben que murió; piensan que está internado. Decidimos no contarles para que no se pongan tristes ni se angustien”.²

El ejemplo sirve para graficar una situación que a menudo se observa trabajando en residencias de larga estadía cuando alguna persona muere. Solemos ver como la muerte es oculta al resto de las personas que viven allí no dando lugar a ningún tipo de duelo³. Las razones que en este caso la residencia presenta para tomar esa decisión es no entristecer ni generar angustia en quienes allí conviven. Otra razón es la intención de evitar enfrentar a los residentes con su propia muerte. Actitud de resguardo y sobreprotección que implica no tener en cuenta el derecho de las personas a saber sobre saber lo que allí sucede. Observamos como desde la parte médica y el personal de la institución el viejo es pensado como una sucesión de pérdidas y duelos y el temor subyacente que la persona mayor pueda reflexionar, pensar y promueva sus miedos, tristezas y angustias. (Pérez, 2011).

Esta decisión institucional entiende que por no transmitir la noticia de una muerte no existirán estos sentimientos frente a una ausencia. Muestra estar influenciada por el modelo teórico del desapego (Cummings y Henry, 1961) el cual entiende que el viejo se repliega naturalmente sobre sí mismo presentando una reducción de su interés vital por lo que lo rodea y generando un apartamiento progresivo de toda clase de interacción social. Según este modelo los viejos gradualmente se separan de la vida de los demás no

²Se mantuvieron sin cambios las palabras del entrevistado pero se utilizó un nombre ficticio para preservar la identidad.

³Ejemplo tomado de la práctica.

sintiéndose comprometidos emocionalmente con problemas ajenos.

La situación planteada ejemplifica este prejuicio actuando. Entiende de por sí que la persona al no enterarse de lo que sucede no tendrá consecuencias emocionales de ningún tipo, como si la ausencia de una persona del entorno cercano no fuera a generar los sentimientos de los que se quiere resguardar.

Así también el ejemplo sirve para graficar cómo las instituciones posicionan a la persona como objeto de cuidado. Al morirse ya no son parte de la institución, no solo en el cuidado sino también en el discurso.

3. El papel del Estado en materia de regulación de las residencias de larga estadía: El caso de Uruguay

Anteriormente evidenciamos como las personas mayores son pensadas desde un paradigma deficitario y son posicionadas como un objeto a ser cuidado no teniendo en cuenta sus derechos. Entendemos al Estado como quien regula desde su normativa lo referido a las residencias y quien debe garantizar se cumplan los derechos de las personas en su totalidad. Se desprende de esta afirmación las siguientes preguntas:

¿Como se ha posicionado el Estado en relación a las residencias de larga estadía? ¿Cómo se legitima lo que acontece dentro de las residencias?

Para responder es necesario realizar un racconto de lo que han sido las leyes y decretos nacionales en cuanto a su regulación para entender cómo surgen desde una concepción asilar vinculada al modelo médico. Sirve además, para ver cómo en nuestro país la tríada medicalización, farmacéutica y Estado legitiman el discurso hegemónico a través de las diferentes leyes y decretos en la materia.

En Uruguay, estas normativas han sido redactadas con importante participación de la disciplina médica y han mantenido impregnado en su discurso la concepción del cuidado de la salud de la persona (Aguirre, 2014).

Las leyes relevadas denotan cómo el Estado ha sido uno de los instrumentos que ha

legitimado el discurso hegemónico previamente desarrollado vinculado a la medicalización y la farmacología.

En su primera reglamentación (Decreto 355/965 de 1965) fueron denominadas “Casas de salud” y definían la obligación de presentar un médico cirujano como responsable de la salud de las personas. Condición esta que solo fue modificada en el año 1984 (Decreto, 309/984), exigiendo un director técnico con capacitación gerontológica y un médico geriatra responsable de la salud de los residentes. Cabe destacar que en 1977 comienza a dictarse este título.

Estos decretos evidencian como la normativa es vinculada con los conceptos médicos y el binomio salud – enfermedad en el origen de las residencias en nuestro país.

A nivel internacional se observa cómo a principios de los años 90 cambia el paradigma a la hora de realizar el análisis del envejecimiento y la situación de las personas mayores incorporando paulatinamente la perspectiva de derechos humanos en su abordaje (Dabove, 2012). Estas perspectivas comienzan a imperar ética y normativamente a considerar a las personas mayores no como un grupo vulnerable que es objeto de protección sino como personas titulares de derechos.

A nivel país en esta década y antecedido por “Los objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001” de la Asamblea general de las Naciones Unidas (1992) se crean en nuestro país la Ley 17.066 de 1995 y el decreto 320/999. Estos reglamentan técnicamente los “Alojamientos privados para adultos mayores”. Si bien estas reglamentaciones comienzan a evidenciar un nuevo discurso y a posicionarse desde un nuevo paradigma resulta llamativo como a nivel de recursos humanos únicamente exigen la obligatoriedad de contar con un director técnico con capacitación gerontológica y un referente médico geriatra responsable de la salud de las personas.

Con este decreto reglamentariamente cualquier alternativa de cuidados fuera del entorno familiar pasa a ser controlado por un médico potenciando el discurso hegemónico.

A pesar del paradigma de Derechos que comienza a posicionarse a nivel internacional las reglamentaciones mantienen una concepción de vejez vinculada a la forma tradicional de la visión hegemónica del envejecimiento. Reglamentan en función de garantizar el cuidado de las personas mayores y sus derechos sin hacer énfasis en otros

aspectos más allá de la de auto validez de las personas mayores.

En el año 2002 se realiza la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento celebrado en Madrid. Este se posiciona definitivamente desde una perspectiva de derechos. Esta nueva perspectiva, proporciona un nuevo posicionamiento de las políticas orientadas a la vejez.

La persona mayor pasa definitivamente en el discurso a conceptualizarse como sujeto de derechos dejando de lado la postura de presentarla como objeto de cuidado.

Más cercano en el tiempo se realiza la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). En esta se plantea que el “objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

Este resulta el primer instrumento vinculante a nivel internacional de derechos humanos para personas mayores. Cabe destacar que Uruguay fue el segundo país en ratificarlo siendo uno de los primeros cinco países en firmarlo.

Estos acuerdos internacionales comprometen a los Estados parte a seguir determinados lineamientos en sus políticas y acciones y evidencian la necesidad de abordar la problemática de la vejez desde otro paradigma.

Referido a las residencias de larga estadía observamos cómo comienzan a ser pensadas desde su reglamentación de forma diferente a los decretos precedentes. Apartándose del modelo asilar para pasar a un nuevo modelo basado en el paradigma de los derechos y considerando a las personas mayores que viven en una residencia como capaces de tomar sus propias decisiones y sentir la residencia como su propio hogar asumiendo con ello los derechos y obligaciones que conlleva.

En esta línea actualmente nos encontramos en un momento en el cual nuestro país ha ratificado lo proclamado a nivel internacional y ha generado a partir de ello una nueva normativa que en apariencia tiende a un cambio. Resulta pertinente a la luz de los cambios analizar lo que acontece con la reglamentación y contrastarla con posibles dificultades que entendemos se puede generar en la práctica cotidiana.

Finalizamos el racconto con el decreto 356/016 de 1986, del cual realizaremos el análisis a posterior no sin antes explicitar que es la normativa vigente que regula las residencias de larga estadía en nuestro país. Esta busca garantizar los cuidados bajo estándares de calidad posicionando desde su redacción a la persona mayor residente desde una perspectiva de derechos más abarcadora e integral.

En relación a esto, en el inciso b de su artículo 47 menciona; el reconocimiento de condición de sujeto de derecho, apto para contraer y ejercer por sí mismo, obligaciones y derechos, libre de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelven. Su voluntad no podrá ser sustituida por la de terceros salvo en la formas jurídicas previstas en la normativa vigente”.

Vimos en ejemplos como el discurso médico sigue operando en la práctica y como la visión deficitaria de la vejez es la predominante en las residencias de larga estadía desde su inicio hasta la actualidad y entendemos que desde el año 1992 el Estado crea leyes y decretos para regularlas que se posicionan desde un paradigma de derechos humanos pero continúa reproduciendo las mismas lógicas del discurso hegemónico. Ahora bien; ¿Es posible que haya un cambio de paradigma?, ¿Dónde se debería poner el foco de la reglamentación para que los derechos de las personas mayores en situación de residencia sean garantizados?, ¿Cómo se visualiza la toma de decisiones de las PM en las RLE?.

4. Nueva normativa vigente

Resulta imperativo que la normativa regule desde la perspectiva que incluya al viejo como persona sujeto de derecho, que las políticas y los servicios sean pensados desde esta óptica, pero resulta más importante aún que dicha reglamentación sea acompañada de un cambio real que promueve el empoderamiento de las personas mayores garantizando todos sus derechos.

En esta línea nos encontramos en un momento en el cual nuestro país recientemente ha ratificado lo proclamado en la materia a nivel internacional y generado a partir de ello una nueva normativa que presenta características diferentes que a priori, la posicionan tendiente a generar un cambio real en la forma de concebir a las residencias de larga estadía.

El decreto 356/016 de noviembre de 2016, es la normativa vigente que regula las residencias de larga estadía en nuestro país. Esta busca garantizar los cuidados bajo estándares de calidad posicionando desde su redacción a la persona mayor residente desde una perspectiva de derechos más abarcadora e integral. ¿Por qué afirmamos que es diferente a anteriores regulaciones?

Basamos la afirmación en considerar que la vigente normativa presenta 3 puntos que hasta ahora no se habían mencionado en anteriores regulaciones y que de ser eficaz su implementación cambiará de forma circunstancial la forma de concebir las residencias de larga estadía.

Estos son:

- 4.1 Exigencia de un profesional del área social.
- 4.2 Exigencia de un proyecto de centro.
- 4.3 Exigencia de formación específica y capacitación de los recursos humanos.

Sumado a esto no solo establece la regulación, habilitación y el sistema de fiscalización de estos establecimientos en lo referido a lo edilicio, recursos materiales, logística y recursos humanos sino que agrega exigencias y controles que se acercan a lo que podría esperarse de una residencia de larga estadía desde una perspectiva de derechos .

Resulta pertinente a la luz de lo novedoso analizar lo que acontece con la reglamentación y contrastarla con posibles dificultades que entendemos se puede generar en la práctica cotidiana.

De igual manera nos permite discutir sobre si esta reglamentación realmente desnaturaliza las formas hegemónicas de pensar la vejez y sus cristalizaciones de sentido, aportando a propuestas de cuidados que se posicione desde un enfoque de derecho o por lo contrario continúan reproduciendo y legitimando el discurso hegemónico operante.

4.1 Profesional del área social

El presente decreto establece en su artículo 29 que: “Los establecimientos objeto de la presente reglamentación, deberán contar con un profesional del área social”.

Esta nueva figura será encomendada como Encargado de la función social del establecimiento y de vigilar y promover que los derechos de las personas mayores se cumplan por parte de la institución. Esto genera un gran desafío al entender que, como hemos expuesto con anterioridad, lo realizará en un tipo de institución que suelen vulnerarlos desde su concepción inicial y deberá contrastar con un discurso hegemónico muy arraigado en la misma.

Si bien en el artículo 24 de la ley en cuestión establece que la dirección técnica de las residencias de larga estadía continúe siendo ejercida por un médico geriatra – gerontólogo, en los cometidos y obligaciones detalladas en los artículos 30 y 31 establece la coordinación con el director técnico y la participación del profesional social en la confección, evaluación y revisión del proyecto de centro situándose en un plano de horizontalidad con este a la hora de planificar los lineamientos de la institución.

Esto denota un avance significativo y una oportunidad en relación a la confirmación de los equipos de trabajo y los objetivos que presenten las REL. Actualmente nos encontramos cerca de la finalización del periodo otorgado a las residencias⁴ para que un profesional del área social trabaje en el establecimiento. De cumplirse podríamos evaluarlo como un cambio importante a futuro en la regulación de los establecimientos de larga estadía entendiendo que no quedara configurado únicamente por el modelo médico y su perspectiva de atención basada en el modelo salud – enfermedad. Entiendo que para que esto suceda la figura de este profesional deberá cumplir con el desafío de poner en el centro a la persona y sus derechos inalienables y no ser una reproducción del discurso hegemónico predominante situándose desde un lugar funcional a la institución.

Nos surge una nueva duda que a nuestro entender interpela el éxito en el cumplimiento de la exigencia. Si bien da un periodo para que se realice la incorporación de este profesional a los equipos de trabajo no explicita que acontece de no ser cumplido por ende la obligatoriedad de la norma se diluye al no presentarse una falta en su incumplimiento.

⁴El Mides ha otorgado un período de dos años desde la creación de la Ley en noviembre de 2016.

4.2 Proyecto de centro

Aparece por primera vez en las leyes de nuestro país la obligación para que las residencias de larga estada realicen un proyecto de centro que procure garantizar mediante una planificación estratégica que los derechos de los residentes sean garantizados.

El fomento de la autonomía, la promoción de los derechos, la participación en espacios de decisión y la recreación son mencionados junto a la estimulación cognitiva y física de los residentes como imprescindibles en los objetivos específicos del proyecto. Establece en la figura del profesional del área social quien oficie de vehículo en la promoción de derechos y como garante de los mismos.

Si analizamos este artículo de la ley, vemos como el proyecto de centro se posiciona rescatando el principio de la autonomía personal, buscando además generar alternativas de participación a la persona mayor en situación de residencia. Para ello propone la creación de un consejo de usuarios que participe en la toma de decisiones.

Se entiende que estos grupos que deberá acompañar el profesional social intentarán garantizar otro derecho que deben ejercer las personas mayores institucionalizadas como lo es el derecho a la participación.

Ahora bien, la participación para que sea plena debe contemplar el interés superior de las personas. Por lo tanto estos espacios deben surgir desde el deseo de los participantes y ser libres de querer participar. Para ser garantizado debe existir un trabajo previo en el cual se produzca el empoderamiento de las personas mayores.

La distinción que se realiza entre una persona concebida como objeto de cuidados o protección y una persona sujeto de derecho radica en que el objeto no tiene conciencia de derecho y es pasivo frente la garantía que este le otorga. En contraposición, un sujeto es activo en relación a los derechos en su ejercicio y construcción de ciudadanía.

En instituciones que se han manifestado con normativas rígidas se asume como un desafío importante que esto se logre para que pueda garantizarse que las personas mayores puedan ejercer el derecho de participación en la toma de decisiones que intervienen en la vida diaria.

Para que esto suceda es necesario que el profesional social promueva que desde la institución se garantice la participación y que esta no se confunda con activismo. Que se involucre a las personas mayores y no se le ofrezcan los espacios simplemente para mantenerse activos en un hacer sin tener sentido simplemente para matar el tiempo (Carbajal y Lladò, 2009).

Esta forma de concebir los espacios grupales se reproduce en el punto exigido en el proyecto vinculado a la exigencia de espacios de estimulación cognitiva y física. Desde la experiencia de trabajo en residenciales vimos como esta estimulación suele llevarse adelante en espacios grupales mediante la realización de talleres con diversas técnicas lúdicas y de expresión. Entiendo que estos talleres, se posicionan desde un lugar donde la persona mayor debe ser estimulada de forma mecánica no siempre teniendo en cuenta a la persona como sujeto de deseo reproduciendo desde el activismo el modelo homogeneizante de la vejez. Generar participación desde espacios diferentes, donde se promueva el deseo de la persona mayor participante será entonces otro desafío del profesional que asuma la tarea.

4.3 Formación y capacitación del personal

Como vimos anteriormente el trato que suelen ejercer el personal de las residencias de larga estadía se posiciona desde la perspectiva del modelo asilar. Siguiendo con el planteo de Goffman (1970), la principal tarea de quienes trabajen en una institución de este tipo es controlar que todas las personas atendidas cumplan con los ritmos que les exige la residencia no teniendo en cuenta intereses y deseos de las personas mayores usuarias. Entiendo que al no existir previo a esta legislación obligación de contratación de personal especializado ni requisitos de formación previa, las imágenes o representaciones sociales que tengan los asistentes de la residencia influirán negativamente a la hora de la atención directa.

Para que un cambio en la atención suceda, las capacitaciones que se exigen en la regulación estudiada deben contener aportes que amplíen la visión de la vejez desde una óptica psicogerontológica y debe ser fiscalizada para que las mismas sean pensadas desde una matriz de DDHH. Esto produciría nuevos sentidos sobre el envejecimiento distantes de las producciones de sentido vinculadas con el modelo asilar.

Para que esto suceda se tienen que tener en cuenta diferentes variables que no están expuestas en la reglamentación. Si bien para que las instituciones tengan personal capacitado se ponen plazos a priori extensos (dos a cuatro años), no se ha explicitado la forma de realizar la fiscalización ni la forma en la que se implementaran las capacitaciones ni los cursos. Desde la óptica privada resulta difícil de implementar capacitaciones externas obligatorias para el personal que trabaje en las mismas. También resulta tensionante la relación cantidad de recursos humanos por persona mayor con la oferta laboral para trabajar en las mismas. Si bien actualmente existen cursos de formación en la órbita de lo público estos no son condición excluyente a la hora de contratar personal para las instituciones. ¿Qué pasa si en el plazo estipulado no se cumple con la exigencia? Este punto no está expuesto en la ley.

En los artículos referidos a las funciones del director técnico y el profesional de la salud explicita acciones vinculada a la formación de los recursos humanos existentes pero no amplía si la misma es válida para fiscalización como una capacitación formal. Teniendo en cuenta que ambos profesionales ya ejercen funciones en la institución resultaría más viable para la misma que el personal pudiera acceder a la capacitación pero quedaría depositado en el saber de ambos profesionales la visión a transmitir. Surgiendo aquí una nueva tensión; ¿Es posible que el discurso médico acepte nuevos saberes propios de un discurso que no es de su patrimonio?

Cabe destacar que las dificultades planteadas no obstruyen lo positivo que implica evidenciar la falta de capacitación actual y la necesidad de exigirla. Mayor formación en el cuidado construirá nuevos sentidos sobre vejez además de un abordaje más integral del cuidado.

5. Consideraciones finales

Si bien la nueva reglamentación presenta el desafío posicionar definitivamente a las personas mayores usuarias de residencias de larga estadía como sujeto de derecho, presenta también muchas interrogantes de si alcanza con la normativa para poder lograrlo. A modo de ejemplo; oficializa la presencia un nuevo profesional trabajando en las residencias y exige personal más capacitado para poder conseguirlo pero en algunas instituciones dependiendo del servicio, ya habían incorporado a otros profesionales como psicólogos, terapeutas ocupacionales, profesores de educación física y

fisioterapeutas a los equipos de trabajo no logrando trabajar desde una perspectiva más abarcadora sin romper con lo que genera el modelo asilar. Demostrando así que la presencia de un equipo profesional completo no es garantía de rupturas con el discurso sin un cambio de perspectiva que no siga reproduciendo modelos anteriores.

Afirmamos que los desafíos venideros en materia de regulación estatal y derechos humanos de los mayores son alentadores en términos de inscripción en la agenda pública pero preocupantes en torno a lo cotidiano que continúa siendo violento para quienes transitan los escenarios institucionales desde el lugar de asistidos.

Parecería que debido a la concepción asilar con la que surgen las residencias de larga estadía sumado a los prejuicios hacia la vejez antes mencionados, siendo cumplidos los objetivos de alimentación abrigo y comodidad del servicio para la agenda pública y las familias de las personas mayores ya es suficiente.

Siendo estas necesidades mínimas satisfechas la fiscalización como herramienta de control en relación a los estándares de calidad vinculados a derechos como la autonomía y la participación de las personas mayores quedaría por fuera o no tomaría el plano necesario para generar la ruptura del modelo hegemónico.

Entiendo que la regulación debe estar acompañada de un cambio de concepción que deje de situar a las personas mayores como un objeto de cuidado y no como discurso contrahegemónico que se reformule para terminar reproduciendo lo que ha venido sucediendo. Para que esto suceda, los cambios tienen que ser acompañados con mayores espacios de discusión académica en temas gerontológicos que promuevan el enriquecimiento de los actores comprometidos con las personas mayores desde una matriz de DDHH.

Concluimos afirmando que es importante no dejar de percibir las diferentes miradas que tiene la institución en sí misma acerca de su funcionalidad y objetivos propuestos. Si esta entiende a las personas mayores como un objeto a ser cuidado existe una vulneración de derechos desde el ingreso a la misma. En cambio sí contempla a la persona por fuera de los prejuicios incapacitantes y le otorga el lugar de sujeto de derechos estos no deben ser perdidos contemplándose los mismos y generando ciudadanía.

Si bien entiendo que se viene recorriendo un camino que amplía y jerarquiza con nuevos aportes del campo psicogerontológico las formas de concebir y habitar las residencias de larga estadía aún falta mucho por recorrer y ahí está el principal desafío.

Referencias bibliográficas

- Barenys, M.P., (1992). *Las residencias de ancianos y su significado sociológico*.
Barcelona: Revista Papers, N 40.
- Berriel, F., (2007), *Envejecimiento y Memoria colectiva y construcción de futuro*, Montevideo: Universidad de la República.
- Butler, R.N. y Lewis, M.I. (1982), *Aging and mental health: positive psychosocial and biomedical approaches*, St. Louis: C.V, Mosby Co.
- Carbajal, M. y Lladó, M., (2009), *La vejez como producción subjetiva representación e imaginario social*, Montevideo: Mides.
- Carbajal, M. y Lladó, M., (2009), *Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas para las conclusiones del debate nacional sobre políticas sociales, envejecimiento y territorio*, Montevideo: Mides.
- Carbajal, M. y Lladó, M., (2009), *Envejecer... un proceso de todos*, Montevideo: Mides.
- Carbajal y Lladó (2009) *En busca de la equidad generacional*. Montevideo: Mides.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), *Panorama Social de América Latina 2012 (LC/G.2557-P)*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Davobe, I., (2012), *Derecho de la vejez. Perspectiva interdisciplinaria. Centro de investigaciones en derechos de ancianidad*. Córdoba: Facultad de Derecho, Universidad de Rosario. CEPRAM.
- Cummings, E. Y Henry, W.E. (1961), *Growing old: the process of disengagement*, Nueva York: Basic Books Inc. Pub.
- Le Breton, D., (2002), “El envejecimiento intolerable: el cuerpo deshecho”. En: *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gascón, S., Redondo, N., (2014), *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*, Colección Estudios nº 7 Serie Análisis Área Políticas Sociales, Santiago de Chile: CEPAL.

- Recuperado de http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1420801076-ESTUDIO_7_web.pdf
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- INMAYORES-MIDES (s/f). *Observatorio Social. Sistema de información sobre vejez y envejecimiento*. Uruguay: MIDES. Recuperado de: <http://observatoriosocial.mides.gub.uy>
- INMAYORES (2013) *Nuevas políticas de envejecimiento y vejez. Hablando de derechos*. Montevideo: Ministerio de desarrollo social MIDES.
- Pugliese, L., (2013) *Hogares de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social, ¿Atención de personas dependientes?* Recuperado de http://www.bps.gub.uy/bps/file/6825/1/06_hogares_anciano_convenio.pdf
- Presidencia 2016. Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/dec reto-fiscalizacion-residencias-adultos-mayores>
- Sánchez, C. (2000). *La vejez y las situaciones cambiantes de la vida. En Gerontología Social*, Buenos Aires: Espacio.
- Salvarezza, L. (compilador), (2000), *La vejez: Una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza, L., (1982): *Carta abierta a todos los médicos que trabajan con viejos, Medicina de la tercera edad*, Buenos Aires: Revista 7/8.
- Salvarezza, L., (1988), *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- WEDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people) (2013), *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Traducción no profesional realizada por FATEC [en línea]. www.wedo-partnership.eu
- Zarebski, G., (1999), *Hacia un buen envejecer*, Buenos Aires: Emecé.
- Zolotow, D. (2010) *Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.
- Ley 17.066, *Régimen de establecimientos privados que alojan adultos mayores*, recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998/17>
- Barenys, M. P., *Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos*. Recuperado de <http://ih-vm->

cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_064_08.pdf