



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

**Doctorado en Ciencias Sociales,
con especialización en Trabajo Social**

**La institucionalización de la vejez en
Uruguay: del Hospital de Caridad a las
“casas de salud”. Las leyes y las
fundamentaciones que la hicieron posible**

Mariana Aguirre Richero

Tutora: Dra. Sandra Leopold Costáble

Co tutor: Dr. Nicolás Duffau Soto

2018

Montevideo, Uruguay

Tutora: Dra. Sandra Leopold Costáble

Co tutor: Dr. Nicolás Duffau Soto

Tribunal:

Fecha:

Calificación:

Autor:

Dedicado a todos los viejos de este país que han luchado por un mundo mejor, en especial a mi abuela Élida y a mi abuelo Antonio.

Agradecimientos

A las muchas personas de algún modo colaboraron para que este trabajo fuese posible.

En particular quiero agradecer a mi cónyuge y a mi hijo, por el apoyo incondicional y la infinita paciencia durante este proceso.

A la Lic. Laura Zapata por su colaboración en el trabajo de campo.

Resumen:

En los últimos cincuenta años en Uruguay, el ingreso de las Personas Adultas Mayores en establecimientos de residencia se ha convertido en una práctica extendida. Si bien varían el perfil de su población objetivo, la totalidad de estas instituciones tienen en común la exigencia de contar con la dirección técnica de un médico, preferentemente con especialidad en geriatría. Por otra parte, los datos oficiales indican que en el presente, estos dispositivos de cuidado se ubican en un 90 % dentro de la órbita privada regulada por reglas del mercado, distribuyéndose el restante 10 % entre establecimientos estatales y emprendimientos privados sin fines de lucro que cuentan con el apoyo de políticas públicas. Con respecto a las normativas, la Ley N° 17.066 de Hogares de Ancianos, aprobada en 1998, es la primera en el país dirigida a regular estos emprendimientos privados. A pesar de su vigencia, y de las múltiples disposiciones que en los últimos veinte años se han sancionado sobre la temática, el control estatal para el cumplimiento de las reglamentaciones es claramente deficitario. Es evidencia de lo anterior los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública en el año 2018, según los cuales: sólo 18 establecimientos de un total de 943 registrados, se encuentran habilitados para funcionar. La presente situación interpela desde una perspectiva de derechos las formas de cuidado dirigido a un sector importante de población. Es propósito de este trabajo aportar insumos que permitan problematizar esta práctica que parece haber sido naturalizada por nuestra sociedad. La investigación se posiciona desde la perspectiva genealógica propuesta por Foucault, en pro de comprender ¿cómo esta situación llegó a ser posible en Uruguay? Para ello se realiza una búsqueda de documentos que den cuenta de la institucionalización de la vejez en la historia del país. Dentro del material consultado se consideraron las reglamentaciones reguladoras de este tipo de instituciones, atendiendo el propósito de las mismas y el perfil de la población objetivo a las que estaban dirigidas, así como los proyectos y debates parlamentarios en los que se fundamenta esta práctica y la participación de distintos actores en la misma.

Summary:

In the last fifty years in Uruguay, the entry of the Elderly in residential establishments has become an extended practice. Although the profile of the target population varies, all of these institutions have in common the requirement of having the technical direction of a doctor, preferably with a specialty in geriatrics. On the other hand, official data indicate that at present, these care devices are located at 90% within the private orbit regulated by market regulations, with the remaining 10% being distributed among state establishments and private nonprofit ventures that they have the support of public policies. With regard to regulations, Law No. 17.066 on Nursing Homes passed in 1998, is the first in the country aimed at regulating these private enterprises. Despite its validity, and the multiple provisions that have been sanctioned on the subject in the last twenty years, state control for compliance with regulations is clearly deficient. Evidence of the above is the data provided by the Ministry of Public Health in 2018, according to which: only 18 establishments out of a total of 943 registered are enabled to operate. The present situation questions from a rights perspective the forms of care aimed at an important sector of the population. It is the purpose of this work to provide inputs that allow problematizing a practice that seems to have been naturalized by our society. The research is positioned from the genealogical perspective proposed by Foucault, in order to understand how this situation became possible in Uruguay? To do this, a search is made for documents that account for the institutionalization of old age in the country's history. Within the material consulted, the regulatory regulations of this type of institutions were considered, taking into account their purpose and the profile of the target population to which they were addressed, as well as the parliamentary projects and debates on which this practice is based and the participation of different actors in it.

Palabras claves: genealogía, institucionalización, vejez, derechos, Estado, mercado, sociedad civil, expertos

Keywords: genealogy, institutionalization, old age, rights, State, market, civil society, experts

Índice

INTRODUCCIÓN GENERAL	1
LA RELEVANCIA DEL TEMA.....	2
LA PROPUESTA TEÓRICA METODOLÓGICA.....	10
EL ESTUDIO DE FUENTES SECUNDARIAS.....	13
<i>La genealogía como perspectiva teórico-metodológica.....</i>	<i>15</i>
<i>La genealogía como método.....</i>	<i>17</i>
<i>La búsqueda documental.....</i>	<i>19</i>
ANTECEDENTES DE ESTE ESTUDIO.....	21
REFLEXIONES SOBRE LA PROPUESTA METODOLÓGICA.....	24
ORGANIZACIÓN DE LA TESIS.....	26
CAPÍTULO 1: LAS PRIMERAS FORMAS DE ASISTENCIA EN LAS INSTITUCIONES	28
INTRODUCCIÓN	29
LAS FORMAS INICIALES DE ASISTENCIA EN UN MARCO INSTITUCIONAL.....	32
LA POBREZA DE LOS ASISTIDOS.....	35
<i>Los verdaderos pobres.....</i>	<i>36</i>
<i>Los falsos pobres.....</i>	<i>39</i>
LAS FRONTERAS ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO	42
<i>El reglamento interno del Hospital.....</i>	<i>45</i>
EL RÉGIMEN ASILAR PARA EL NUEVO ESTATUS SOCIAL DE LA POBREZA	49
<i>El Asilo de Mendigos (1860-1895).....</i>	<i>51</i>
<i>Reglamentación interna del Asilo de Mendigos y el control sobre los cuerpos.....</i>	<i>54</i>
<i>Administración del Asilo de Mendigos.....</i>	<i>61</i>
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	67
CAPÍTULO 2: LA ASISTENCIA Y LA SALUD COMO UN PROBLEMA DE ESTADO	71
INTRODUCCIÓN	72
EL NUEVO CONTEXTO DE LAS INSTITUCIONES	75
LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN LAS INSTITUCIONES PRIVADAS	83
LA LEY DE ASISTENCIA PÚBLICA NACIONAL	87

<i>El debate sobre la dirección de la Asistencia Pública.</i>	88
<i>El debate sobre la centralización estatal.</i>	92
<i>El debate sobre la viabilidad económica.</i>	97
<i>El debate sobre la expropiación de los bienes de las iniciativas privadas.</i>	101
<i>Las características jurídicas de los emprendimientos privados.</i>	102
<i>El conflicto con otras leyes vigentes.</i>	104
<i>Las instituciones comprendidas en el Artículo 19 de la Ley de Asistencia.</i>	105
<i>La respuesta de las iniciativas privadas.</i>	106
<i>El debate en la Cámara de Senadores.</i>	110
LOS CAMBIOS EN LAS INSTITUCIONES ASILARES	112
<i>De Asilo de Mendigos a Asilo de Mendigos y Crónicos (1895 - 1910).</i>	114
<i>De Asilo de Mendigos y Crónicos a Asilo de Inválidos y Crónicos (1910-1922).</i>	118
<i>El Hospital Pasteur y el “Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo” (1922).</i>	119
<i>¿Asilo o familia? Un dilema hasta el presente.</i>	121
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	126
CAPÍTULO 3: LA VEJEZ COMO OBJETO DE ESTUDIO	130
INTRODUCCIÓN	131
EL NUEVO SABER SOBRE LA VEJEZ	136
LA REGULACIÓN ESTATAL DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN PRIVADA DE LA VEJEZ	143
<i>Disposiciones sobre la institucionalización privada de la vejez (1965-1995).</i>	144
<i>Las normativas referidas al vínculo del Estado con el sector privado (1965 - 1995).</i>	156
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	166
CAPÍTULO 4: LA LEY DE HOGARES DE ANCIANOS	172
INTRODUCCIÓN	173
LAS FUNDAMENTACIONES PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO DE LEY	179
EL ROL OTORGADO AL ESTADO CON RELACIÓN A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA VEJEZ	195
EL SECTOR DEL ESTADO CON INJERENCIA SOBRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RESIDENCIA DIRIGIDOS A LA VEJEZ	196
EL ROL DEL ESTADO EN EL CONTROL A LOS EMPRENDIMIENTOS PRIVADOS	200
EL ESTADO EN LA REGULACIÓN DEL CONTRATO ENTRE PARTICULARES.	204
EL ROL DE LOS EXPERTOS EN LA NORMATIVA	208

LOS EXPERTOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY	216
LA CONSOLIDACIÓN DE UNA NUEVA IDENTIDAD DE LA VEJEZ.....	219
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	234
CAPÍTULO 5: LA VIGENCIA DE LA LEY “HOGARES DE ANCIANOS”. ENTRE LA HIPERREGULACIÓN Y LA DESRESPONSABILIZACIÓN DEL ESTADO	240
INTRODUCCIÓN	241
LA NUEVA DEFINICIÓN DE LOS RESIDENTES Y DE LAS INSTITUCIONES.....	246
EL ROL DEL ESTADO	255
LA INCLUSIÓN DEL SECTOR PÚBLICO EN LAS DISPOSICIONES DE LA LEY 17.066	256
UNA VIEJA DICOTOMÍA (SALUD / SOCIAL) CON NUEVOS ORGANISMOS EN DISPUTA.....	258
EL CONTROL SOBRE LOS ESTABLECIMIENTOS	267
LOS NUEVOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	271
LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS.....	276
LOS RECURSOS HUMANOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS.....	282
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	290
CONCLUSIONES.....	295
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	302
BIBLIOGRAFÍA RECUPERADA SOBRE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA VEJEZ.....	315
DOCUMENTOS REGISTRADOS SOBRE LA EXPOSICIÓN DEL TEMA EN CONGRESOS Y ENCUENTROS	323
FUENTES CONSULTADAS	325
ANEXO 1. REGLAMENTACIONES, LEYES, DECRETOS, DEBATES Y FUNDAMENTACIONES CONSULTADAS, ANTERIORES A 1965.....	328
ANEXO 2. REGLAMENTACIONES, LEYES, DECRETOS, DEBATES Y FUNDAMENTACIONES CONSULTADAS, POSTERIORES A 1965.....	332

Introducción General

El presente trabajo es el resultado de una investigación realizada en el marco de la tesis de Doctorado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El trabajo de campo se desarrolló entre los años 2014 y 2017.

El objeto de la investigación es la **genealogía de la institucionalización de la vejez en Uruguay**.

Bajo la denominación “**institucionalización de la vejez**” se entiende para este estudio el ingreso de las personas adultas mayores a residir en establecimientos en forma permanente sin una fecha y/o una causal de egreso previstas.

Tanto las personas¹ como los establecimientos² a los que se está haciendo referencia han sido nombrados de diferente modo a lo largo del tiempo. Estas denominaciones coexisten en el presente y son utilizadas frecuentemente en forma indistinta, si bien cada una responde a construcciones conceptuales particulares que no las hace equiparables entre sí en todos sus términos.

El contexto en el que surgieron y el sentido subyacente de los distintos nombres dados a estas instituciones, se irá presentando a lo largo del trabajo. A los efectos de la redacción de este documento se usarán las definiciones y denominaciones manejadas por la legislación vigente en Uruguay. Desde este marco de referencia, se entiende a las instituciones como “establecimientos que ofrezcan servicios de cuidados a personas mayores”³ (a partir de ahora **establecimientos**); “personas adultas mayores” (PAM)⁴ o

¹ A este grupo de población se le denomina: viejos, ancianos, gerontes, adultos mayores, abuelos, personas de edad avanzada, personas mayores o veteranos.

² Las instituciones a las que se está haciendo referencia han recibido las siguientes denominaciones: “Casa de Salud”, “Residencial”, “Hogar”, “Establecimiento de Larga Estadía”, “Hospital - Hogar”, “Hospital Centro Geriátrico”.

³ Decreto 365/016 (Considerando).

⁴ Ley 17.066 (1998).

“personas mayores” (PM)⁵ son definidas como aquellas que hayan **cumplido los 65 años de edad**; y “residentes” son quienes habitan en las instituciones.

La institucionalización objeto de este estudio se lleva a cabo en establecimientos⁶ que tienen en común ciertas particularidades. Refiere a espacios organizacionales con finalidades, normativas y recursos que homogenizan los estándares de existencia de sus residentes. La vida cotidiana se desarrolla en el marco de una rutina de tiempo completo (24 horas), compartida por personas de similar grupo etario, caracterizándose por una escasa y controlada interacción de las personas residentes con el entorno social más amplio.

Forman parte de este escenario cotidiano un equipo de personas⁷, enmarcadas en una misma estructura administrativa, que cumplen funciones en los establecimientos residenciales, dentro de su horario laboral. Desempeñan un rol de “cuidado”, enfocado al bienestar de la salud de los residentes, cuyo principio explica y fundamenta un vínculo de autoridad sobre esta población. La relación de poder/control resultante, posibilita la intervención en todos los aspectos de la vida cotidiana, regulando: pautas de higiene, consumo de alimentación, medicamentos y otras sustancias, intervenciones médicas, interacciones con otros, grado de movilidad, tipo de actividades, uso del tiempo y descanso.

La relevancia del tema

De acuerdo a los estudios realizados por el Banco de Previsión Social (BPS) y el Instituto Nacional de Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social (INMAYORES -

⁵ Decreto 365/016 (Artículo 2).

⁶ Se utiliza para la construcción de este concepto, los aportes realizados por Goffman y en particular su definición sobre **Instituciones Totales**: “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” (Goffman, 1994, p. 13).

⁷ “En las Instituciones Totales hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama de internos, y un pequeño grupo personal supervisor (...) el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está socialmente integrado en el mundo exterior” (Goffman, 1994, pp. 20 - 21).

MIDES)⁸, se contabilizan en nuestro país entre 1.200 (Banco de Previsión Social - en Pugliese, 2007) y 1.114 (MIDES, 2016) instituciones de residencia dirigidas a la población adulta mayor. Sobre el total de establecimientos identificados en el último estudio, sólo fueron relevados 862, en los cuales residían 14.024 personas en el año 2015 (Cuadro 1 - MIDES - INMAYORES, 2016).

Estas instituciones, conforme a las normativas vigentes en nuestro país⁹, tienen como población objetivo a personas de 65 años y más, estableciendo como **único requisito de ingreso la edad**. De hecho, los datos aportados por el Ministerio de Desarrollo Social revelan que sólo el 55,2 % las personas residentes (59,5 % en Montevideo y 51,4 % en el interior) al momento en que se llevó adelante el estudio, requería apoyo para realizar actividades de la vida diaria (Cuadro 17 – MIDES - INMAYORES, 2016, p. 6). Cabe mencionar que no existen datos con relación al grado de auto validez al momento del ingreso a la institución. Frente a esta información resulta pertinente preguntarse: ¿cómo es posible que existan instituciones dirigidas a personas adultas sin otra condición que su edad? y en consecuencia ¿qué significación tiene dicha franja etaria para fundamentar por sí misma la existencia de instituciones para su internación?¹⁰

Los informes presentados por los organismos competentes aportan otra información relevante. El Banco de Previsión Social (2007) revela que sólo el 10 % de la población adulta mayor institucionalizada se encontraba en establecimientos sin fines de lucro, pudiendo ser estos prestadores de servicios públicos o privados (Pugliese, 2007, pp. 148 - 149). Una década más tarde, el relevamiento realizado por el Ministerio de Desarrollo Social¹¹ si bien no incluyó al Estado en su universo de estudio, aportó datos que guardan correspondencia con el estudio anterior: el 89,7 % de los establecimientos relevados son

⁸Por su parte, el Ministerio de Salud Pública, organismo a cargo de la supervisión de los establecimientos (según Artículo 517 de la Ley de Presupuesto, año 2015), declaró no tener información actualizada o anterior sobre “El Registro Nacional de Establecimientos y Servicios Públicos para Personas Adultas Mayores”. De acuerdo a lo establecido por el Decreto 88/010, en el Artículo 1, dentro de sus competencias del Ministerio de Salud Pública estaba mantener dicho registro (La consulta fue realizada en marzo del 2017, al Departamento de Registro de Prestadores y el Departamento de Habilitaciones de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública).

⁹Ley 17.066 (1998) y Decreto 365/016 (2016).

¹⁰ Para hacer más evidente la incongruencia del hecho podría preguntarse ¿cómo se valoraría en nuestro país la creación de instituciones dirigidas (por ejemplo) a la población de 30 años y más?

¹¹ Los datos aportados por el Banco de Previsión Social son similares (Pugliese, 2007).

de carácter privado, con fines de lucro ¹² (Cuadro 2 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 2).

Se incorporan así otros dos componentes a considerar: la escasa participación del Estado como prestador de asistencia y una importante presencia del mercado. La oferta se dirige entonces mayoritariamente a una población que deberá contar necesariamente con dos requisitos: pertenecer a una franja etaria y tener cierta capacidad de pago. Surgen a partir de estos datos otras interrogantes: ¿cómo llegó a configurarse una situación en la que resulta legal la existencia de instituciones cuya finalidad es la internación de personas adultas a través de una relación oferta - demanda?, ¿qué acciones u omisiones por parte del Estado hicieron posible esta legitimación?, ¿qué papel jugaron el mercado y la sociedad civil en este escenario?

Rastrear la presencia del Estado en esta relación nos remite al año 1965, cuando se aprobó la primera reglamentación (Decreto 355/965) dirigida a “establecimientos particulares de asistencia y prevención” que “no dependan de ninguna institución del Estado”. Casi veinte años más tarde, una nueva normativa (Decreto 309/984) haría referencia en exclusividad a “Establecimientos que alojan ancianos”. En ambos casos se trataba de decretos que buscaban regular prácticas sociales ya instaladas. Fundamentaban en su texto: “visto: la necesidad de reglamentar la instalación y funcionamiento de establecimientos que alojan ancianos” (Decreto 309/984).

Recién en 1998 se aprobó la primera ley en el país sobre “Hogares de ancianos” (17.066). A partir de entonces se sancionaron sucesivas leyes y decretos referidos al tema estableciéndose continuos ajustes de contenido. Los textos de las reglamentaciones fueron ganando en complejidad y extensión con el propósito de regular en forma cada vez más exhaustiva la cotidianeidad de la vida institucional. En este marco se desarrollaron en forma pormenorizada disposiciones y mecanismos de control tendientes a proteger los

¹² El 6,4 % de los establecimientos son privados, sin fines de lucro y el 3.9 restante se encuentra dentro de la categoría “inserción familiar”.

derechos de primera generación¹³ de los residentes, lo cual da cuenta del riesgo percibido acerca de la vulneración de los mismos.

Más allá de la densa reglamentación aprobada en las dos últimas décadas, y a pesar de que el Estado se posicionó desde las primeras normativas en un rol regulador de la actividad privada, en la actualidad, sólo 18 de 943 instituciones registradas se encuentran habilitadas para funcionar según los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP - 2018).

El estudio de las normativas señala otra dimensión significativa a considerar: la aparición de la figura de la asistencia “geriátrico - gerontológica”. Desde el año 1984 ésta será una constante que irá tomando gradualmente mayor peso en las sucesivas reglamentaciones. Se establece desde entonces la presencia obligatoria de un Director Técnico como figura responsable de los establecimientos residenciales. El cargo debe de ser ocupado por un médico, preferentemente con especialización en geriatría. Como lo evidencian las disposiciones aprobadas con relación a este rol, las potestades y obligaciones que le son asignadas van adquiriendo mayor alcance a medida que se suceden las normativas.

Sin embargo, la comparación entre el número de estos profesionales en el país y el número de instituciones muestra una relación claramente insuficiente. La información obtenida la aportan las estadísticas llevadas por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Federación Médica del Interior (FEMI) con respecto a esta especialidad médica. En el año 2010¹⁴, se registraron 81 médicos geriatras en todo el país (SMU, 2010). La distribución es heterogénea, concentrada en la capital, contabilizándose 17 médicos geriatras en el interior, lo cual representa el 18 % del total (Hernández y Mieres, 2008, p. 27).

¹³ “En el derecho constitucional, las manifestaciones originales de las garantías a los derechos humanos se centró en lo que hoy se califica como derechos civiles y políticos, que por esa razón son conocidos como “la primera generación” de los derechos humanos. Su objeto es la tutela de la libertad, la seguridad y la integridad física y moral de la persona, así como de su derecho a participar en la vida pública” (Nikken, 1994, p. 29).

¹⁴ El dato no está disponible para todos los años y la última actualización encontrada es del año 2010.

El resultado de esta situación puede evidenciarse en la normativa del año 2016 (Decreto 356/016) la cual reglamentó que cada Director Técnico puede tener a cargo un número máximo de 160 residentes. A partir de estos datos caben formularse nuevas preguntas: ¿por qué las reglamentaciones sobre instituciones que atienden a una población definida con un criterio exclusivo de edad, exigen que sea dirigidas por médicos? y ¿cuáles son los fundamentos aportados desde este saber disciplinar para legitimar la existencia de establecimientos dirigidos a la internación de personas adultas autoválidas?

El conjunto de interrogantes planteadas hasta el momento podrían formularse del siguiente modo: ¿qué transformaciones, tensiones, conflictos y alianzas, hicieron posible en Uruguay la **consolidación de instituciones**, que operan desde una **lógica de mercado**, bajo la dirección de una **disciplina médica**, con un **escaso control** estatal, dirigidas al cuidado de **población adulta** que no requiere como condición ni la **pérdida de autovalidez** (física y/o mental), ni la existencia de una **situación socioeconómica** que le impida su vida fuera de un ámbito institucional?

La información aportada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la **población objetivo de estas instituciones** es un último aspecto que se propone considerar para la presentación de la temática. Al respecto se destacan los datos referidos en Uruguay al aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, la prevalencia de la discapacidad a medida que aumenta la edad y los arreglos familiares en los que participa esta población.

La **esperanza de vida**¹⁵ pasó en Uruguay de 66 años en 1955 a 77,55 años en 2017 (INE). En dicho período, no sólo se registró este cambio en la generalidad de la población, sino que creció la expectativa de vida de la población envejecida. Esta transformación denominada “sobreenvejecimiento de la población”¹⁶ se evidencia en los siguientes datos: “entre las mujeres la esperanza de vida a los 60 años pasó de 19 a 24 años entre 1950 y

¹⁵ Se entiende por esperanza de vida “una estimación del número promedio de años de vida adicionales que una persona podría esperar vivir si las tasas de mortalidad por edad específica para un año determinado permanecieran durante el resto de su vida” (Haupt y Kane, 2003, p. 28).

¹⁶ El “sobreenvejecimiento” se define como el “peso relativo de la población que tiene 85 y más años en la población de 65 y más años” (INE). Dicho índice alcanza el 13,65¹⁶ en nuestro país (2017). INE. Cuadro: Uruguay: indicadores de estructura por sexo y edad de la población. Período 1996 - 2050.

2005, mientras que los hombres ganaron cuatro años en su expectativa a partir de los 60 años (de 15 a 19 años)” (Cabella y Pellegrino, 2010, p. 8).

La prevalencia¹⁷ de la **pérdida de auto validez** en la población de 65 años y más es un segundo aspecto a considerar. La información aportada por el censo del 2011¹⁸ sobre “discapacidad”¹⁹ indica su incremento a medida que aumenta la edad: del total de personas con edades comprendidas entre 65 años y 74 años, el 27 %²⁰ presentan una discapacidad leve y el 11 %²¹ una “discapacidad” moderada o severa, lo cual supone que requieren apoyo para las actividades diarias (INE, 2011)²². Estos porcentajes aumentan considerablemente en la franja etaria de 75 años y más. Sobre un total de personas que pertenecen a este grupo etario, un 34,5%²³ presenta discapacidad leve y un 23%²⁴ moderada o severa.

Por otro lado, cambios ocurridos en los **modelos familiares** en las últimas décadas también revisten importancia. Se trata de nuevas estructuras que presentan mayores dificultades para afrontar la potencial pérdida de capacidades de sus miembros en general y de la vejez en particular. Dentro de los principales cambios registrados²⁵ en el período comprendido entre los censos de 1963 y 2011, se destacan el aumento de hogares unipersonales (de 11,4 % a 23,4 %) y de parejas sin hijos (de 11,9 % a 16,8 %) y la disminución de hogares compuestos (de 11,7 % a 2,5 %), y extendidos (21,2 % a 14,9 %)

¹⁷Prevalencia de limitaciones implica la presencia de alguna limitación en las personas, sin diferenciar el nivel de las mismas. Indica simplemente si presenta o no presenta limitaciones (Thevenet, 2013, p. 18).

¹⁸ El Censo 2011 formuló una serie de preguntas dirigidas a identificar «dificultades permanentes que las personas pueden tener para realizar ciertas actividades habituales debido a un problema de salud» (Brunet y Márquez, 2016, p. 21).

¹⁹ Cuadro 2. Población por alguna discapacidad permanente (para ver, oír, caminar o aprender o entender) según sexo y edad. Total del país.

²⁰ Equivalente a 65.363 personas.

²¹ Equivalente a 26.050 personas.

²² Se preguntaba si la persona tenía dificultades para ver (aún si usa anteojos), oír (aún si usa audífonos), caminar o subir escalones (mayores de 2 años) y entender o aprender (6 años o más). Las respuestas se organizaban en las siguientes categorías: No tiene dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, no puede hacerlo.

²³ Equivalente a 74.985 personas.

²⁴ Equivalente a 49.875 personas.

²⁵ La tipología de hogares del INE: Unipersonal: persona viviendo sola; Biparental sin hijos: personas sin hijos en el hogar; Biparental con hijos de ambos: pareja con hijos de ambos cónyuges; Biparental con hijos de al menos un cónyuge: son hogares con pareja y hijos de ambos y/o al menos un miembro de la pareja; Monoparentales femeninos/masculinos: madres/padres con hijos; Extendidos: pareja o madre/padre con hijos/as y otro pariente; Compuestos: pareja o madre/padre con hijos/as y otro pariente y/u otro miembro no pariente.

(Cabella; Fernández; Prieto, 2015, p. 10). La tendencia a que los hogares se conformen con un menor número de integrantes y en particular, el aumento de los hogares unipersonales, configura un escenario que impacta directamente en las estrategias cotidianas de cuidados familiares.

Si retomamos estas variaciones enfocándonos en los hogares en los que participan personas adultas mayores, las cifras adquieren una nueva dimensión. En el período intercensal 1996 - 2011, los hogares unipersonales (7,5 %) y de pareja sin hijos (4,6 %) que incluyen personas adultas mayores aumentaron en mayor porcentaje que el promedio nacional (6,5 % unipersonales y 2 % parejas sin hijos)²⁶. Con respecto a la disminución de los hogares extendidos y de los hogares compuestos, la variación intercensal de las situaciones que involucran personas adultas mayores (9,6 % extendido y 2,5 % compuesto), también superó las cifras a escala nacional (5,1 % extendido y 2 % compuesto). Estas diferencias se acentúan en los distintos tipos de hogares a medida que aumenta la edad de las personas y han ido creciendo en las mediciones de los últimos 50 años, por lo que podría preverse que esta tendencia continúe en el futuro próximo.

La reducción de entorno familiar y con ello de la red capaz de cuidar en situación de enfermedad o dependencia se expresa en la relación de dependencia, la que varía de 100/55 en 1995 a 100/93 en 2025. Se estima que de 5 personas cuidadores promedio en 1950, se pasará a 2 o 3 en el año 2025, uno de los cuales también será mayor de 65 años (M.S.P: 2005/2010).

La “estructura de edad” es otro dato que aporta a comprender el estado de situación de nuestra población. La misma representa la forma en que se distribuyen los grupos de edades en una población dada, considerándose una “estructura de edad envejecida” cuando el 7% del total de la población es mayor de 60 años. Esta condición ya estaba presente en Uruguay en la mitad del siglo XX y ha aumentado en forma sensible hasta el presente. Los datos censales indican que en 1963 había un 7.6 % de personas de 65 y más años (11.6% de 60 y más años) y en el Censo 2011 el porcentaje había subido a 14,1%²⁷

²⁶ La información es presentada en Tabla 11; (Cabella, Fernández, Prieto, 2015, p. 46).

²⁷ Representa 463.726 personas con más de 64 años.

(INE, 2011). Este último porcentaje nos ubica dentro de los países de América Latina con mayor peso relativo de dicho grupo de población (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

Acerca de la vejez en nuestro país y la atención de su eventual dependencia, hay dos datos más que importan mencionar. El primero, es el denominado “índice de envejecimiento”, entendido como la “cantidad de personas de 65 y más años por cada 100 personas menores de 15 años” (INE). En Uruguay la cifra asciende a 69,64²⁸, lo cual expresa que cada 100 personas menores de 15 años en nuestro país, 70 son mayores de 60.

El segundo dato es la relación con la Población en Edad de Trabajar (PET)²⁹: cada 22 personas de 65 años³⁰ y más, existen 100 personas entre 15 y 64 años³¹ (Thevenet, 2013, p. 7). Esta cifra representa la más alta de la región (incluso superior a Cuba). Ambas informaciones se vinculan con el denominado “bono demográfico” que refiere a las oportunidades de desarrollo sustentadas en la transformación de la estructura de edades que alcanza un equilibrio. “Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación a la segunda” (Saad, Miller, Holz & Martínez, 2012, p. 17). Los datos presentados sobre el caso uruguayo dan cuenta del fin del “bono demográfico”, ya que la disminución de las relaciones de dependencia de la población más joven (0 y 14 años) ha sido sustituida por el aumento de la dependencia de la población envejecida (Paredes, 2008).

Los cambios socio demográficos presentados inciden en la forma en que la sociedad civil construye esta temática: la institucionalización de la vejez es una práctica que aparece naturalizada como “un mal necesario”, en tanto respuesta a la dificultad de cuidado hacia la población adulta mayor. Sin embargo, por momentos adquiere visibilidad y alcanza ciertos niveles de debate. Éstos se desencadenan en forma esporádica cuando se convierten en noticia a partir de episodios de maltrato por acción u omisión y situaciones

²⁸ INE. Cuadro: Uruguay: indicadores de estructura por sexo y edad de la población. Período 1996 - 2050.

²⁹ Esta dependencia resulta del “cociente entre personas de 65 años y más, entre aquellas de 15 y 64 años (multiplicado por 100)” (Brunet y Márquez, 2016, p. 14).

³⁰ Cantidad de personas de 65 años y más: 404.843 (Censo 2011).

³¹ Cantidad de personas entre 15 y 64 años: 1.965.049 (Censo 2011).

de muertes evitables dentro de las instituciones. El estado público que toma de esta forma la temática no colabora a su comprensión. Se brinda un enfoque sensacionalista sobre el hecho relatado, involucrando acciones penalmente imputables que ocupan el centro de los discursos de las autoridades consultadas. Dicha apariencia mediática invisibiliza la esencia de esta práctica social. Su complejidad, sumada a la ausencia de información general sobre el tema, impide un debate público que genere la masa crítica necesaria para su revisión desde distintos sectores sociales.

La propuesta teórica metodológica

Para aportar a la problematización de la temática en Uruguay, se propone debatirla desde un enfoque distinto al prevalente en la actualidad. El saber y la experticia del médico geriatra han ubicado a esta especialidad como el principal portavoz en materia del envejecimiento en general, del cuidado de la vejez en particular y de su institucionalización en especial. Si bien es evidente la importancia de esta perspectiva dada la acumulación que la misma tiene sobre la temática, restringe la mirada del fenómeno a una única visión disciplinar.

El **interés académico desde las ciencias sociales** se centra en comprender los factores sociohistóricos que se conjugaron, y las fuerzas que operaron, para que esta práctica social se haya incorporado en nuestra sociedad con las características previamente descritas. Para ello se plantea explorar la multiplicidad de eventos, reglamentaciones, fundamentaciones, instituciones, sujetos y subjetivaciones que posibilitaron la situación presente.

El objetivo de este apartado es presentar la propuesta teórico - metodológica en la que se sustenta este trabajo. A continuación se ordenan las preguntas, los supuestos y los objetivos que le dan origen; se desarrollan las categorías teóricas en las que se basan las opciones metodológicas y el diseño del trabajo de campo; se mencionan sus antecedentes

en Uruguay; y se realizan algunas reflexiones sobre la metodología e implementación de la propuesta.

El proyecto de investigación parte de la siguiente **pregunta central**:

¿Qué construcciones discursivas y normativas hicieron posible la práctica de la institucionalización de la vejez en Uruguay?

En relación a la misma se considera como **hipótesis central del trabajo**:

La institucionalización de la vejez en Uruguay se legitimó en el último medio siglo, a partir de un saber-poder que categorizó a esta franja etaria como anormal, afectando su status jurídico de modo tal, que habilitó su potencial ingreso a instituciones como forma de cuidado - control especializado.

La pregunta central y el supuesto precedente orientan el estudio. Se desagregan en preguntas secundarias e hipótesis que colaboran en el diseño de la investigación y organizan el trabajo de campo, aportando un orden a la búsqueda y relevamiento de información.

A continuación se presentan las nuevas preguntas, agrupadas de acuerdo a las dimensiones que abordan.

*¿Cuáles han sido los **objetivos** de la institucionalización? ¿Qué **aspectos se han reglamentado** de la vida institucional para alcanzar estos objetivos? ¿En qué **recursos se han sustentado**?*

*¿Qué elementos se han utilizado para delimitar a la **población objetivo** de estas instituciones?*

*¿Qué **sectores de la sociedad** (Estado, mercado, sociedad civil) han cumplido el rol de **instrumentar** estas prácticas? ¿Cuál ha sido la **vinculación** entre estas esferas?*

¿Qué rol ha tenido el Estado uruguayo en la institucionalización de la vejez?

*¿Qué participación han tenido la **sociedad civil y el mercado** en la configuración de estas prácticas?*

*¿Cuáles son los **argumentos** que han **legitimado** la institucionalización de la vejez? ¿Cuáles son los **contenidos** de estas construcciones discursivas? ¿**Quiénes** sostienen estos discursos? ¿Las fundamentaciones han variado en el tiempo?*

*¿Qué **vinculación** han tenido estos **fundamentos con el contenido de las normativas** que regulan el sector?*

*¿Qué **aspectos** buscan **regular** las normativas? ¿**Cuándo y cómo** fueron **aprobadas**? ¿Qué **sectores políticos** las han promovido? ¿Cuáles son los **consensos y disensos** en los debates para su aprobación?*

A estas cuestiones se vinculan otras hipótesis de trabajo que colocan las siguientes dimensiones de análisis sobre el objeto de estudio: anormalidad, saber, poder, Estado, mercado, sociedad civil, derechos de ciudadanía y grupos de presión.

Las hipótesis propuestas son:

H 1) La vejez ha sido vinculada a lo largo de la historia del Uruguay a alguna forma de **anormalidad** que fundamentó su institucionalización.

H 2) Las categorías de anormales en la vejez han sido construidas en el último medio siglo desde el **saber científico**, en particular desde la disciplina médica y su especialidad en geriatría.

H 3) Las **normativas** aprobadas por el Estado (poder) sobre la institucionalización de la vejez se han apoyado en el último medio siglo en **la fundamentación del saber científico**, trascendiendo las distintas perspectivas políticas.

H 4) Las prácticas de institucionalización con el objetivo de cuidado han establecido un **control social** sobre la vejez internada, que afecta sus **derechos de ciudadanía** en términos de su autonomía como sujetos adultos integrantes de nuestra sociedad.

H 5) El Estado, la sociedad civil y el mercado han coadyuvado en la práctica de la institucionalización de la vejez a lo largo de la historia del país, variando el grado de incidencia de cada sector en los diferentes momentos históricos.

H 6) La vejez, en tanto población objetivo de la institucionalización como forma de cuidado, no se ha constituido como **grupo de presión** de la sociedad civil con incidencia en la temática.

El estudio de fuentes secundarias.

Para llevar adelante la investigación se trabaja a partir de la revisión de fuentes secundarias que refieren a la práctica de la institucionalización de la vejez en la historia del Uruguay.

La exploración documental realizada busca aportar a la comprensión de la genealogía de la institucionalización de la vejez, en un análisis que contempla el texto y el contexto.

A partir del **texto**, importa recuperar de los documentos una amplia gama de información: los eventos registrados, las construcciones discursivas, el cuerpo normativo que rige las instituciones, los aspectos que busca regular, los sujetos que redactan su contenido, a quienes se dirige y aquellos a cargo de su cumplimiento, las condiciones para su aplicación, las excepciones y las sanciones previstas, los fundamentos esgrimidos desde los espacios del saber/poder y los sujetos involucrados en los diferentes ámbitos y momentos históricos.

En igual medida importa entender del **contexto**: en qué marco de alianzas o de conflictos se aprobaron las reglamentaciones y se erigieron las instituciones, cuáles fueron los puntos de debate y de consenso, qué fuerzas estaban representadas, qué episodio operó (o no) como desencadenante y en qué coyuntura política, social y económica surgieron.

La integración del texto y el contexto en el análisis, permite complejizar la comprensión de los datos obtenidos (o la ausencia de los mismos), a partir de una mirada bifocal constituida por las lecturas horizontal (aquí y ahora) y vertical (histórica) de la práctica social.

Desde esta perspectiva se plantea como **objetivo general**:

Investigar los cambios normativos e institucionales en la historia del país que posibilitaron la práctica de la institucionalización de la vejez presente en el Uruguay.

En vínculo con este propósito, los objetivos específicos guían la exploración de información, atendiendo a las particularidades que la institucionalización de la vejez adquiere en nuestro país. Los mismos buscan abarcar los siguientes núcleos de interés: el ejercicio de la práctica, los actores participantes, el rol de los expertos, la población objetivo, las políticas dirigidas al sector, el cuerpo normativo resultante, las construcciones discursivas (que lo fundamentan y que se oponen) y los posicionamientos del mercado, la sociedad civil y el Estado. Desde estos lineamientos, se formulan los siguientes **objetivos específicos**:

1. *Caracterizar las distintas prácticas de **institucionalización** de la vejez que se han desarrollado en la historia del Uruguay.*
2. *Identificar el **perfil de la población objetivo** y de los sujetos vinculados con la **instrumentación de esta práctica**.*
3. *Conocer los **fundamentos que han legitimado la institucionalización de la vejez en el país**.*

4. *Analizar el marco normativo que ha regulado la institucionalización de la vejez.*
5. *Examinar el vínculo entre las esferas del Estado, el mercado y la sociedad civil en la configuración de esta práctica.*

A continuación se presenta la perspectiva teórico-metodológica que sustenta el diseño y las estrategias llevadas adelante en el trabajo de campo.

La genealogía como perspectiva teórico-metodológica.

La genealogía hace referencia a “una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto, etc., sin tener que referirse a un sujeto que sea trascendente en relación al campo de los acontecimientos” (Foucault, 1992, p. 185).

Desde la perspectiva del autor, la genealogía centra su interés en conocer el presente a partir de delimitar un problema y preguntarse: ¿Cómo esta situación es posible? ¿Cómo funciona? ¿Cómo se fundamenta? ¿Qué es lo que la legitima? (Foucault, 1969). Para indagar en este sentido se cuestiona acerca de su trayectoria, cómo se llegó a la situación actual, cuáles fueron las transformaciones necesarias para que cierta práctica social se desarrolle. Desde su enfoque, Foucault se interesa por conocer cómo una verdad llegó a constituirse como tal y no cuál fue la verdad de lo ocurrido.

Distintos elementos intervienen en esta búsqueda genealógica. Una mirada está puesta en la denominada “emergencia” (Entstehung) que analiza las fuerzas en juego, las viejas y las nuevas que entran en escena. Es una dinámica específica en cada caso, en que las diferentes fuerzas interactúan transformando un estado de situación a otro. Pero el poder de estas fuerzas no es abstracto, está asociado a interpretaciones, discursos, prácticas sociales, subjetividades, cuerpos y sujetos.

La emergencia centra su enfoque en el conocimiento de estas distintas interpretaciones, el análisis de cómo se enfrentan y se sustituyen, de cómo coexisten y se superponen, de cómo ganan o pierden terreno. Las pujas de dominación se alternan en forma dinámica y resultan en un poder que impone una determinada interpretación (ya sea la existente u otra sustitutiva).

El cambio que se produce es “una modificación en las reglas de formación de los enunciados que son aceptados como científicamente verdaderos” (Foucault, 1992, p. 181). Éstos repercuten en rupturas del orden establecido, en general en forma rápida y abarcativa. La importancia no está en conocer “cuál es el poder que pesa desde el exterior sobre la ciencia, sino qué efectos de poder circulan entre los enunciados científicos” (Foucault, 1992, p. 181).

Se investiga el poder que legitima estas prácticas sociales, pero también interesa entender qué sujetos produce, qué tipo de cuerpos y cuáles son los procesos de subjetivación presentes. Se interroga sobre el saber que explica la práctica, de dónde surge, cómo se construye, qué discursos lo sustentan, cuál es la subjetividad producida en un contexto histórico dado.

De esta forma problematiza el presente, porque pone en cuestión los saberes, quitándole a los discursos su pretendida universalidad; se interpela la naturaleza de la subjetividad y se desnaturalizan las prácticas sociales que sustentan. Se trata de “poder deconstituir dominios de objetos, a propósito de los cuales se podrían afirmar o negar proposiciones verdaderas o falsas” (Foucault, 1970, pp. 67 - 68).

Complementando la emergencia, la genealogía mantiene otra mirada denominada “procedencia” (Herkunft). Ésta analiza la disociación y la fragmentación de lo que aparenta ser una síntesis. Rompe con la pretensión de que existe una unidad coherente e incorpora las dispersiones, los errores, las desviaciones, los márgenes, en suma: analiza la “proliferación de acontecimientos a través de los cuales (gracias a los cuales, contra los cuales) se han formado” (Foucault, 1971, p.141).

Los comienzos de un fenómeno se analizan como una “invención” (Erfindung), considerando que no existen “esencias” y/u “orígenes”, ni una “linealidad causa-efecto”. Desde esta perspectiva la verdad no existe en forma previa al discurso. Los acontecimientos son considerados como productos históricos, para cuya construcción se tomarán elementos diversos y heterogéneos, cuya vinculación podría ser casual, sin una unidad que los legitime, o una totalidad que los explique. El azar aparece como una categoría que da singularidad a cada acontecimiento y que, por tanto, el poder buscará controlar.

Este es el objeto de la genealogía, la singularidad de los acontecimientos, entendida no como “una relación de fuerzas que se invierte, un poder confiscado, un vocabulario retomado y vuelto contra sus utilizadores, una dominación que se debilita, se distiende, se envenena a sí misma, otra que hace su entrada, enmascarada” (Foucault, 1971, p. 148). Los sucesos identificados en un mismo período no deben ser ubicados en el mismo plano. Foucault propone “considerar detenidamente que existe toda una estratificación de tipos de sucesos diferentes que no tienen ni la misma importancia, ni la misma amplitud cronológica, ni la misma capacidad para producir efectos” (Foucault, 1992, p. 182). Estos sucesos deben de diferenciarse, considerando “las redes y los niveles a los que pertenecen, y en reconstruir los hilos que los atan y los hacen engendrarse unos a partir de otros”. En base a esto propone realizar los análisis “en términos de genealogía, de relaciones de fuerza, de desarrollos estratégicos, de tácticas” (Foucault, 1992, p. 182).

La genealogía como método.

La genealogía desde la perspectiva de Foucault (apoyada en la obra de Nietzsche) propone un método para aproximarse a un acontecimiento considerando su singularidad, sus fuerzas y fracturas, sus discontinuidades, la forma en que una sociedad, en un momento histórico determinado, visualiza e institucionaliza ciertas prácticas sociales. Este método no comparte la mirada supra-histórica, ni la universalidad con pretensiones de objetividad, reconoce en cambio el lugar, el momento y el enfoque desde el que se está

analizando el fenómeno y explicita el punto de partida del investigador, “sabe tanto desde donde mira, como lo que mira” (Foucault, 1971, p. 150).

Es un método de investigación que se apoya en la “arqueología”, es decir, en la búsqueda de evidencia material, de testimonios que quedaron grabados en la cotidianidad de un proceso histórico. “La genealogía es gris; es meticulosa y pacientemente documentalista” (Foucault, 1971, p. 136). Es gris porque se basa en documentos, pero no en los oficiales (no únicamente), sino en todos aquellos que contengan evidencia que den cuenta del acontecimiento. Se investigan los discursos a través de la superposición de distintas capas de información, distintos estratos, distintas fuentes (actas de congresos, debates parlamentarios, contenido de decretos, informes técnicos, etc.).

Así, se retoma la importancia de la heterogeneidad, de la diversidad, de la singularidad y de la complejidad, de las cuales da cuenta el método aportando una lectura transversal.

Se requiere atender tanto lo central, lo oficial, lo concentrado, como lo marginal, lo excluido, lo difuso. Puede tratarse de discursos aislados u obtenidos en respuesta uno del otro, con diferentes condicionamientos y contextos, pero que representan prácticas históricas vinculadas a cuerpos, instituciones y subjetividades. De estos discursos importa conocer, más que su estructura, sus “condiciones de existencia”, el “campo práctico en el cual se despliega” y “las transformaciones que han realizado” (...) “Se trata de un análisis de los discursos en la dimensión de su exterioridad” (Foucault, 1969, p. 58). Todos los ámbitos que formaron (y forman) parte del acontecimiento, son recuperados a través de los discursos que dan cuenta del mismo y que también contribuyeron a formar.

En suma, la investigación genealógica y la búsqueda arqueológica se construyen a partir del presente, de la desnaturalización de enunciados que los discursos presentan como verdades, de las relaciones de saber-poder que sustentan esas verdades haciéndolas posibles y de las prácticas sociales que producen cuerpos, sujetos y formas de subjetivación, en tanto sujeto de cara a otros.

Cada una de estas prácticas varía en el tiempo, constituyéndose como resultado de las relaciones de fuerza, de los momentos históricos, de los contextos y las coyunturas. De

éstas resultan saberes, que fundamentan su verdad en una construcción discursiva. Resulta así la Historia de los hechos que cristaliza un relato con un cierto sentido atribuido; se trata de una construcción ex post, realizada cuando el relato y el sentido ya habían sido constituidos. El poder estará siempre atrás de la verdad como gestación de sentido. No hay una historia del sentido porque es el sentido lo que sostiene la historia apoyado en el poder que lo gesta. En suma, se trata de comprender “históricamente cómo se producen los efectos de verdad en el interior de los discursos que no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos” (Foucault, 1992, p. 182).

El autor plantea sustituir la Historia por la arqueología (Foucault, 1968). Todo texto se convierte en una ruina y toda ruina se puede convertir en un texto. En el marco de las reflexiones sobre la historia, Foucault analiza la transformación del documento en monumento. A partir del giro lingüístico propuesto, la condición empírica ya no sostiene la significación de los enunciados, sino que ésta proviene de decisiones en el plano teórico. Así, en la “historia global”³², la conmemoración del monumento requiere de la rememoración del documento, debido a que este último certifica al primero. En cambio, en la denominada “historia general” por la perspectiva foucaultiana, la conmemoración del documento permite la rememoración del monumento, ya que es el documento el que da lugar al monumento (Foucault, 1969).

La búsqueda documental.

En el marco de la perspectiva genealógica, se realizó una búsqueda arqueológica a través de fuentes documentales. El análisis se enfocó en el «régimen discursivo» de cada momento histórico, y de las repercusiones “de poder propios al juego enunciativo” (Foucault, 1992, p. 182). Los textos de las normativas y sus fundamentaciones dan cuenta de las prácticas sociales y en vínculo con éstas, se revela el saber - poder que las sustenta. De acuerdo a Foucault “las prácticas sociales pueden llegar a engendrar dominios de saber

³² Historia global: articula una secuencia temporal como una única serie de sucesivos acontecimientos magnos.

que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento” (Foucault, 2000, p. 12).

Se investigó a través de los textos el poder que legitima estas prácticas sociales, pero también resultó de interés entender qué sujetos se producen, qué tipo de cuerpos y cuáles son los procesos de subjetivación que están presentes en la creación de sujetos de cara a otros (diferente al cògito cartesiano), en tanto su ingreso al campo de las relaciones vinculantes.

Para llevar adelante esta tarea se examinaron documentos generados en distintas épocas de la historia del país, que registraron una dinámica específica con relación a la hipótesis de trabajo. A partir del universo de reglamentaciones vigentes se rastreó en el tiempo las distintas normativas que en forma regresiva se fueron derogando. En casi todos los casos, el material encontrado hace referencia³³ a documentos que los precedieron, permitiendo ampliar la búsqueda en base al aporte de los datos suministrados. Así, un decreto menciona otro al que deroga o un informe se apoya o debate con uno anterior al que hace referencia.

La documentación se obtuvo de la revisión en las siguientes bibliotecas: Facultad de Medicina (FM - UdelaR), Facultad de Ciencias Sociales (FCS - UdelaR), Facultad de Enfermería (Fenf - UdelaR), Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (SUHM), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Palacio Legislativo, Instituto de Historia y Urbanismo de La Unión y la Biblioteca Nacional. También fueron recuperados algunos materiales en la web³⁴.

Dentro de los documentos (textual o gráfico) recuperados se encuentran: textos académicos, decretos, leyes, debates parlamentarios, informes de evaluación, fundamentaciones, proyectos referidos a la materia, reglamentaciones internas de las instituciones y otras normativas de regulación que hacían referencia al tema (declaración de derechos por parte de los organismos rectores, circulares y resoluciones ministeriales).

³³ Las referencias aparecen en forma de cita o como parte de su bibliografía.

³⁴ Las direcciones de la web son colocadas en las referencias bibliográficas.

Con cada documento, se trabajó identificando aquellos aspectos de interés, contextualizándolos en relación al objetivo del mismo, al momento histórico y a las circunstancias en que fue producido. Se realizó así una tarea inductiva, recogiendo datos, analizándolos y sistematizándolos. También en muchas ocasiones resultó oportuno recuperar el discurso tal como fue expresado ya que el mismo ilustra más allá de cualquier concepto una práctica, la subjetividad del autor o una explicación que refiere a una construcción entendida como “verdad”. Dicha construcción refiere a una relación poder – saber, un “saber” que otorga poder y un “poder” que instituye un saber como “verdad”.

Se interrogó sobre el saber que explica la práctica, de dónde surge, cómo se construye, qué discursos lo sustentan, cual es la subjetividad producida en un contexto histórico dado. Pero el poder de estas fuerzas no fue abstracto, las pujas de dominación se alternaron y resultaron en un poder que impuso una determinada interpretación (ya sea la existente u otra sustitutiva) desde dimensiones que pueden ser morales, políticas o científicas. “Es el conjunto de prácticas discursivas y no discursivas lo que hace entrar a algo en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto de pensamiento” (Foucault, 1985, p. 231).

Por otra parte, en cuanto a los discursos recuperados se tuvo en cuenta que los textos jurídicos están enmascarados desde su base enunciativa con protocolos técnicos y de formulación. Se prestó especial atención en el aspecto legislado entendiendo que en las normativas el Estado cristaliza un cierto orden social.

Antecedentes de este estudio

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los documentos producidos (hasta mediados del año 2015) sobre la temática en Uruguay, en bibliotecas³⁵ de la UdelaR.

³⁵ En particular, de las Facultades de Ciencias Sociales, de Psicología y de Medicina.

Los documentos³⁶ más antiguos encontrados sobre la temática datan de fines de la década de 1970 y están fundamentalmente vinculados a congresos y eventos académicos de la gerontología. Este período coincide con la puesta en agenda del tema vejez por parte de los organismos internacionales y de algunos Estados. La Organización de Naciones Unidas (O.N.U.) coloca el tema en su agenda en 1969, pero será recién en 1982 cuando realice la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Viena (26 de julio al 6 de agosto).

A partir de estos comienzos, la producción en las siguientes décadas fue aumentando en número, lugar de procedencia y alcance del tema. La mirada deja de ser genérica sobre el envejecimiento poblacional y empieza a abarcar otras cuestiones vinculadas al tema. Varios documentos encontrados en la década del 1980, incorporan la temática de las instituciones con fines residenciales, centrando mayormente su atención en elementos descriptivos, protocolares y de evaluación de ingresos, así como de las características de las familias de los residentes. En su casi totalidad son publicaciones en revistas de asociaciones geriátricas y gerontológicas de Argentina, España y México. También figura un documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1988): “Atención de salud en instituciones para personas ancianas”. En Uruguay, el tema es tratado en el Primer Congreso de Gerontología y Geriatria (1982) bajo la modalidad de “temas libres” con la denominación de “Hogares de ancianos” y fue presentado principalmente por asistentes sociales desde una perspectiva casuística.

En la década de 1990 se produjo mayor documentación que en la precedente, así como cambios en los contenidos de los títulos de los documentos y en su procedencia. Con respecto a los títulos se evidencia un cambio sobre el enfoque dado a la temática. En los textos encontrados surgen preguntas de investigación: ¿Cómo tratamos a nuestros ancianos? y se habla en términos de: “problemas identificados”, “efectos de la institucionalización”, “problemática de la vida institucional”, “muerte social”, “costos de la institucionalización para el sujeto”, “experiencia depresiva en residencias”, “maltrato institucional”. Comienza a aparecer como denominador común en los trabajos la

³⁶ La totalidad de los textos registrados figuran en el **Anexo 1** de este trabajo.

necesidad de evaluación del sistema de cuidado. Con relación a la procedencia, los trabajos son presentados en eventos académicos (fundamentalmente congresos), publicaciones gubernamentales y libros editados. A nivel internacional se aprueba en 1991 los Principios de la O.N.U. a favor de las Personas de Edad. En Uruguay, en esta década, la Sociedad Uruguaya de Geriátría y Gerontología no realiza congresos.

En el siglo XXI se producen importantes avances a nivel internacional sobre el tema. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento del Programa sobre Envejecimiento y Salud “Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores”. En el año 2002 se realizó la Segunda Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento, de donde surge el Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento “MIPAA” (por las siglas en inglés) que marcó un hito en relación con las agendas de envejecimiento y vejez en el mundo atendiendo a las medidas que se comienzan a implementar a partir de entonces. En la región se realizaron tres conferencias intergubernamentales sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe (Santiago, 2003; Brasilia, 2007 y Costa Rica, 2012) siguiendo las líneas del Plan de Acción de Madrid y ratificando acciones vinculadas a las políticas de vejez y envejecimiento desde un enfoque de derechos, con eventos preparatorios y de seguimiento de los lineamientos definidos.

En Uruguay se realizaron seis congresos organizados por la Asociación de Gerontología y Geriátría. En su orden cronológico fueron: II Congreso (2004), se trató el tema de las *residencias* en una mesa compuesta por médicos geriatras argentinos (tema: “Normalización en Residencias, experiencia argentina”), III Congreso (2006), se planteó el tema de “gestión de *residencias*”, IV Congreso (2009) y V Congreso (2011), no se registró el tema en la agenda del evento y VI Congreso (2014) incluyó en su temario “buenas prácticas en residencias”.

Los textos registrados en estos últimos años incluyeron temas como: “ética” y “bioética”, “institucionalización de ancianos y vulnerabilidad”, “condición jurídica de los residentes”, “abandono”, “negligencia” y “abuso económico”. En esta producción toman mayor presencia las universidades ya sea a través de publicaciones, ponencias o trabajos de tesis de grado y posgrados.

En Uruguay son escasos los documentos con relación a este tema en todas estas décadas. Dentro de los trabajos académicos identificados en la UdelaR cabe mencionar en orden cronológico: “Pensiones de Ancianos” de Facultad de Medicina (San Juan, 1979), “Causas de institucionalización de hogares de ancianos” (Ferrari, 1986), el “Proyecto de Primera Aproximación Diagnóstica al Hospital Piñeyro del Campo” de Facultad de Psicología (Berriel, et al., 1990), “De asilos y casas tomadas: refugios nocturnos para adultos mayores” (Leopold, 2000) y “Hospital ‘Dr. Luis Piñeiro del Campo’, el trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico” presentado en el marco de la Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de UDELAR (Savio, 2004). Se realizaron dos tesis de grado de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales (Licenciatura de Trabajo Social) que cursaron el taller de Vejez en el marco del curso de Metodología de Intervención Profesional II. Estas tesis son: “Institucionalización del adulto mayor: estudio de caso del hogar para ancianos de Colonia Valdense” (Viera, 2013) y “La vida cotidiana del viejo institucionalizado” (Lema, 2014). Desde la Facultad de Medicina - Postgrado de Geriatria y Gerontología, se registran tres trabajos: “Residencia modelo para la tercera edad” (Olivera, 1993), “Institucionalización en la tercera edad: observación de una residencia de ancianos durante tres años” (Barreiro, 1993) y “Evaluación de pacientes institucionalizados: aplicación de protocolo” (Bidegain; Camejo; Quintan, 1999).

Reflexiones sobre la propuesta metodológica

Antes de comenzar con la presentación de los resultados del estudio, parece pertinente realizar ciertas reflexiones acerca del trabajo de investigación bajo el entendido de que las mismas aportan a la lectura del documento.

Con respecto al **diseño de la investigación**, cabe reafirmar su alcance: la aproximación al objeto de estudio se realizó a través una indagación focalizada en las normativas y las instituciones. Sin embargo, la amplitud y complejidad del fenómeno involucra también

dimensiones sociodemográficas, económicas y culturales. No haberlas incorporado en esta investigación no responde en absoluto a desconocer la incidencia que las mismas tuvieron en las transformaciones registradas. Sin embargo, abarcarlas implicaría realizar otras preguntas, establecer nuevas hipótesis, modificar el alcance del trabajo de campo, las fuentes y bases de datos consultados. En suma, se trataría de una nueva investigación con otra trayectoria al de este trabajo de tesis.

Considerando la **perspectiva teórica y metodológica de Michel Foucault**, se destaca el aporte que la misma representó en el diseño del proyecto y el trabajo de campo relacionado con la búsqueda documental. También resultó un aporte esencial en el análisis e interpretación de la información recabada, si bien su aplicación no resulta necesariamente pertinente para la totalidad de datos obtenidos. Por esto, se consideraron otros aportes teóricos referidos a las políticas sociales, los derechos de la ciudadanía y la participación de los expertos en los procesos legislativos.

En relación a la **tarea de campo** hay dos ángulos del mismo aspecto a destacar. En primer término, la fuerte colaboración en general de parte de las personas consultadas y la comunidad dando cuenta de la sensibilidad que el tema despierta. En sentido opuesto, la resistencia registrada en brindar información por parte de los organismos oficiales con injerencia en la temática.

Dos últimos aspectos sobre los que quiero reflexionar responden a mis propias desviaciones durante la experiencia transitada en el estudio de tesis. La primera es que el **objeto de estudio** de este trabajo es la genealogía de la institucionalización y no la evolución de la vejez, de las instituciones, de la geriatría y de las normativas. Éstas coadyuvan al análisis del objeto, son subsidiarias a su comprensión, pero no forman parte del centro de la investigación. Son perspectivas que incorporo desde la genealogía ya que son parte del contexto en que se construyen las acciones de poder, acciones con posicionamiento de cuerpos en un campo de reglas, en un cuerpo social que responde y equivale a un orden social determinado.

Un segundo elemento sobre el cual llamar la atención es acerca del **centro de la investigación**. Éste no es un punto estático que rige la búsqueda, sino que responde a la

interacción entre el sujeto que investiga y el objeto investigado. Es el producto de sucesivas aproximaciones a lo empírico, una banda de oscilación entre el lenguaje y lo que va tomando visibilidad, entre la construcción discursiva de quien investiga y los hechos que se presentan. Lo anterior conduce a la constatación de que la investigación no está acabada a pesar de la entrega del documento de tesis, es una aproximación al objeto de conocimiento en un contexto de estudio determinado.

Organización de la tesis

La tesis se organiza en cinco capítulos que se corresponden con distintos períodos históricos. Éstos dan cuenta de los acontecimientos y las transformaciones que caracterizaron a cada etapa con relación al objeto de estudio. Finalmente, se presenta un apartado con las principales conclusiones de esta investigación. En forma sintética, los contenidos que se expondrán son los siguientes:

En el **Capítulo I** se estudian los antecedentes al modelo contemporáneo de la institucionalización. Este período se ubica entre finales del siglo XVIII y mediados del siglo XIX. En el desarrollo se presentan los principales sucesos vinculados a la temática, comenzando con las primeras formas de asistencia en instituciones en nuestro territorio. Para ello se revisaron registros de la época, recopilaciones de otros autores y textos de las normativas, atendiendo a los cambios en las prácticas de institucionalización, las transformaciones ocurridas a nivel social y las primeras tensiones entre la Iglesia Católica y el Estado por el control del espacio público.

El **segundo capítulo** abarca desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. El interés en este período se enfoca en la laicización y especialización de las instituciones, las nuevas delimitaciones entre los espacios público/privado, la estatización de la salud y la asistencia como problema colectivo, y el rol desempeñado por la medicina en dichas transformaciones. El análisis de estas seis décadas finaliza con el surgimiento de la geriatría como nuevo campo disciplinar de la ciencia médica.

El **Capítulo III** comprende el período entre 1965, año en que se aprobó el primer decreto que hace referencia a las “casas de salud” en Uruguay bajo la órbita del mercado, hasta la aprobación de la primera ley referida a la temática (1998), vigente en la actualidad. Se consideran en esta etapa, las distintas reglamentaciones aprobadas en relación a la institucionalización de la vejez y los cambios de injerencia a nivel del Estado sobre la temática.

El **Capítulo IV**, presenta la Ley “Hogares de Ancianos” (N° 17.066 - 1998) y su decreto reglamentario (1999), centrándose en los contenidos de estas reglamentaciones y en los debates parlamentarios que las sustentaron. El estudio incorpora el análisis de la participación del Estado, el mercado, la sociedad civil y la medicina en la temática.

El **Capítulo V**, comprende los debates parlamentarios y las normativas que regulan los establecimientos de larga estadía durante el siglo XXI, el resurgimiento de la perspectiva social en la interpretación de los problemas y la profundización del debate en clave de derechos. El estudio se extiende hasta el año 2017, fecha de finalización del estudio de campo.

Un último apartado contiene las principales **conclusiones** surgidas a partir del análisis de la información presentada, en vínculo con nuevas preguntas y propuestas de futuras líneas de investigación.

Capítulo 1: Las primeras formas de asistencia en las instituciones

No se trata en absoluto de componer una historia global – que reagruparía todos sus elementos en torno a un principio o a una forma única, sino de desplegar más bien el campo de una historia general en la que se podría describir la singularidad de las prácticas, el juego de sus relaciones, la forma de sus dependencias. Y es en el espacio de esa historia general en donde se podría circunscribir como disciplina el análisis histórico de las prácticas discursivas (Foucault, 1985, p. 64).

Introducción

Este capítulo presenta las características que la institucionalización tuvo entre las últimas décadas del siglo XVIII y finales del siglo XIX en el territorio que actualmente conforma el Uruguay. Se trata de un extenso período que adquiere unidad conceptual a partir de ciertas particularidades compartidas por las instituciones, más allá de las singularidades propias de los distintos momentos. Recién al comienzo del siglo XX se producirá una ruptura en algunas de las dimensiones analizadas, permitiendo identificar la emergencia de una situación esencialmente distinta a las registradas hasta ese momento. Este punto de inflexión por un lado, y la vinculación con las instituciones existentes hasta entonces por otro, justifica calificar al período que se presenta, como “antecedente” de las prácticas de institucionalización de la vejez como las conocemos en el presente.

La revisión de documentos históricos muestra cómo, el ingreso de “Personas Mayores”³⁷ a una institución como lugar de residencia permanente para su “cuidado”, se remonta a las décadas que antecedieron a la independencia de nuestro país. Los primeros establecimientos de asistencia de los que se tiene registro, estaban ubicados en Montevideo, fueron fundados a partir de la iniciativa privada, eran polivalentes y su población objetivo, focalizada al comienzo, se diversificó poco después.

³⁷ Se debe de considerar la relatividad de este término. De acuerdo al INE, la esperanza de vida en 1880 en Uruguay era de 42 años.

Desde entonces, hasta las primeras décadas del siglo XX, dichas instituciones estuvieron sujetas a importantes oscilaciones e incertidumbres. Incidieron en las mismas las transiciones de los gobiernos, los enfrentamientos armados, las epidemias, los cambios demográficos y el acelerado desarrollo urbano. Sin restarle importancia al peso de esta suma de factores, fueron los debates ideológicos centrados en la pobreza, en la salud y en la delimitación público/privado, los que determinaron las principales transformaciones en el modelo de asistencia a lo largo de este período.

En buena parte de la etapa considerada “antecedente”, el criterio para el ingreso a los establecimientos no era la edad, sino la situación de pobreza, en asociación a la mendicidad, la invalidez y/o el padecimiento de una dolencia crónica. De esta forma, las primeras prácticas de la institucionalización de la vejez se caracterizaban por la cohabitación de: hombres, mujeres, niños y niñas, matrimonios, así como personas viejas, jóvenes, con discapacidad, en régimen de reclusión, con enfermedades terminales y/o desocupadas.

Actualmente, sólo se admite la institucionalización de la vejez en establecimientos especializados en esta franja etaria, excluyéndose explícitamente por las reglamentaciones vigentes³⁸ el ingreso de otro tipo de población que no cumpla con el requisito de la edad. Este capítulo se propone presentar acontecimientos y fundamentaciones que precedieron a esta transformación y aportan a su comprensión.

Tanto las prácticas implementadas, como sus fundamentaciones, presentan un valor esencial para la comprensión del objeto. Cada modalidad de intervención, y cada cambio, son explicados por el discurso propio de su época (Foucault, 1968) que responde a una *episteme*³⁹. Se trata de una verdad fundada “sobre el orden de las representaciones” (Foucault, 1968, p. 252), percibida como un conocimiento universal, que justifica su creencia y otorga vigencia a cierta trama conceptual en ese período particular. Por consiguiente, en “una cultura y en un momento dado, sólo hay siempre una episteme, que

³⁸ Se detallan las reglamentaciones y sus contenidos en el último capítulo de esta tesis.

³⁹ *Episteme*; el término proviene del griego y significa conocimiento verdadero.

define las condiciones de posibilidad de todo saber, sea que se manifieste en una teoría o que quede silenciosamente investida en una práctica” (Foucault, 1968, p. 166).

Dichas “verdades”, enmarcadas en los distintos momentos históricos, no se presentan en forma lineal, sucesiva, progresiva; por el contrario, las epistemes epocales son discontinuas entre sí, registrándose **una ruptura con la cosmovisión de la etapa anterior** (Foucault, 1968). Se trata de una ruptura que tiene implicancias masivas: abarca saberes y verdades, pero también dispositivos de conocimiento, prácticas, instituciones, sujetos y la interpretación de la propia historia. Sin embargo, en cada etapa se entiende el presente como una situación de progreso, de “evolución” sobre el conocimiento que lo antecedió y que la aproxima más a la verdad.

La **episteme propia de cada época estará sustentada en un poder** que a su vez establece, en consonancia con la misma, un sistema de relaciones y un orden social. El discurso que fundamenta el orden establecido se apoya en *a priori históricos*

Este a priori es lo que, en una época dada, recorta un campo posible del saber dentro de la experiencia, define el modo de ser de los objetos que aparecen en él, otorga poder teórico a la mirada cotidiana y define las condiciones en las que puede sustentarse un discurso, reconocido como verdadero, sobre las cosas (Foucault, 1968, p. 158).

Dado que las prácticas resultantes del poder/saber están situadas en un espacio y un tiempo, la lectura del pasado debe realizarse desde el marco de su contexto, impregnado de la subjetividad de su cultura y no desde la perspectiva del presente. De aquí parte la importancia de analizar los discursos, ya que es a través del lenguaje que se le asigna un sentido a los hechos y será éste el que le otorgue un cierto orden a la realidad (Foucault, 1968). El lenguaje, con su orden y su sentido, precede al sujeto y lo sujeta, lo ordena, lo clasifica en función del límite pre establecido que crea la frontera del binomio normal-anormal. De esta forma, cada giro lingüístico se corresponde con un nuevo ordenamiento de la realidad y cada nueva estructura del lenguaje cristaliza un estado de cosas.

De acuerdo a lo expresado en la introducción general, los datos fueron recuperados a partir de documentos de la época, investigaciones de otros autores y textos de normativas:

decretos, leyes y reglamentaciones internas. A partir de la perspectiva que sustenta este estudio, se consideró relevante transcribir segmentos de los discursos, atendiendo a las asignaciones de sentido, las expresiones utilizadas, las “verdades” defendidas, los argumentos esgrimidos, las denominaciones dadas, pero también, y sobre todo, prestando atención al rol desempeñado por los sujetos que se expresan, el dominio de saber desde el cual se posicionan y el lugar ocupado en las relaciones de poder del orden social imperante.

A los efectos expositivos, las distintas dimensiones estudiadas en este período se organizan en el análisis de dos instituciones emblemáticas de la asistencia en nuestro país: el Hospital de Caridad y el Asilo de Mendigos.

Las formas iniciales de asistencia en un marco institucional

Los primeros antecedentes en Uruguay de brindar asistencia en un marco institucional datan del siglo XVIII; sus participantes y su organización aportaron a la consolidación de las formas de cuidado y las instituciones resultantes en este período. En 1775⁴⁰ la Cofradía de San José y Caridad, precidida por el Vicario de Montevideo don Felipe Ortega y Esquivel, desarrolló su actividad en reuniones en la sacristía de la Iglesia Matriz.

La obra fue al principio modesta; aquella institución tuvo en su origen sólo por objeto el ejercicio en común de prácticas religiosas y el auxilio y consuelo de los reos y ajusticiados, a quienes los cofrades acompañaban hasta sus últimos momentos, y a cuyos cadáveres daban religiosa sepultura recogiendo para ello limosnas (Piñeyro del Campo, 1907, p. 7).

⁴⁰ Recién en 1779 obtuvieron la aprobación de la Iglesia (De María, 1864, p. 7).

La Cofradía comenzó con un total de once miembros, aumentando considerablemente su número a “300 Hermanos y cerca de 200 Hermanas” (De María, 1864, p. 19) cinco décadas más tarde (1820).

Desde los primeros años de funcionamiento (finales de 1776 y comienzos de 1777), la Orden realizó visitas a domicilios, financiando la asistencia con el aporte de los integrantes de la Hermandad: “dos reales diarios” (De María, 1864). Los propósitos explicitados para fundar la Congregación eran dar ayuda espiritual para: “aliviar al enfermo”, “auxiliar al naufrago” y “socorrer al reo”⁴¹ (Jaureguy, 1952, p. 20).

A partir de la labor realizada por la Cofradía, se puso de manifiesto la necesidad de un Hospicio ya que de otro modo “los esfuerzos de la ciencia eran ineficaces por la falta de asistencia, de abrigo y comodidad en muchos desgraciados, y esto mismo manifestaban los facultativos” (De María, 1864, p. 7).

Diversas gestiones ante el Ayuntamiento de la ciudad, impulsaron la fundación de esta institución (comenzando en 1778) y se propusieron variadas formas de financiación (donativos, limosna semanal y solicitudes de apoyo al Virrey), que por distintos motivos resultaron infructuosas.

Los argumentos que se esgrimían⁴² ante el Cabildo para fundamentar la construcción de un hospital se enfocaban en la coexistencia de tres perspectivas: la religiosa, la científica y la responsabilidad colectiva hacia el bien común. Dice Bianchi al respecto

[i] las **obligaciones caritativas del Cristianismo**, sustentadas en citas de San Mateo, San Pablo y San Juan, y aludidas genericamente como ‘las constituciones divinas’ o el ‘Catecismo General de nuestra Religión Católica’; [ii] las **obligaciones de la ciencia** (reflejadas en las opiniones de los médicos); [iii] las **obligaciones de la sociedad civil** (concretadas en la noción del ‘bien público’) (2001, p. 236).

⁴¹ Decían en su prédica: “Para hacer el bien por el Alma del Pobre que han de ajusticiar”. Con este fin se pedían limosnas para atender al condenado a muerte en sus últimos tres días (cuando era “puesto en Capilla”), con el propósito de mejorar las condiciones materiales en esos días, solventar el entierro, las misas y comprar “la Bula de la Santa Cruzada para conseguir la absolución divina” (Bianchi, 2001, p. 231).

⁴² Argumentos dados frente al Cabildo por Mateo Vidal (Síndico Procurador del Cabildo) en 1778 (Bianchi, 2001, p. 235).

A pesar de estas fundamentaciones, el único avance en los siguientes años lo representó la compra de un terreno⁴³ en 1781, por parte del gobierno de la ciudad para la construcción del hospicio. Su ubicación fue definida previo informe “proto médico” solicitado por el Gobernador y su pago realizado a través de fondos obtenidos “con el producto de dos corridas de toros que se dieron y algunas limosnas recogidas” (De María, 1864, p. 11).

El informe solicitado⁴⁴ para su ubicación propuso que “el edificio fuera ´ventilado con los aires puros y benignos, que estuviera ´separado del Pueblo´ para evitar que ´los miasmas y efluvios que arrastra el viento dominante [...] caigan sobre la población sana´” (Bianchi, 2001, p. 236).

Ante la demora de la obra y la percepción de urgencia de la misma, en 1783 Francisco A. Maciel⁴⁵ (Hermano Mayor para ese entonces de la Cofradía San José y Caridad) creó un lugar “para los pobres enfermos sosteniéndolo a sus espensas [sic]. Destinó un espacioso almacén en su casa (...) dotándolo de 12 camas”⁴⁶ (De María, 1864, p. 11).

Finalmente, en el terreno adquirido, se construyó un “primitivo Hospital compuesto de una Sala para hombres y otra para las oficinas necesarias”. El edificio era “una construcción modesta con muros de piedra y techo de paja” (Giuria, 1995, p. 68 en Bianchi, 2001, p. 236). Culminada la obra, el 17 de junio de 1788, se trasladaron “los enfermos que había recojido [sic] Maciel en su casa, sirviendo de plantel sus doce camas” (De María, 1864, p. 12).

Así, en Uruguay, las incipientes formas de cuidado de enfermos en una institución con esta finalidad se remontan a 1788, cuando la Hermandad transportó a los primeros hombres⁴⁷ para su asistencia. Se instalaba de esta forma una alternativa al auxilio a los

⁴³ Sito en la calle de San Pedro (hoy calle 25 de Mayo).

⁴⁴ Se expidió el Dr. Miguel O´ Gorman, quien estaba al frente del Protomedicato de Buenos Aires, mostrando con su opinión “una escasa variación de los criterios higiénicos respecto a los vigentes desde el Renacimiento” (Bianchi, 2001, p. 236).

⁴⁵ Saladerista y filántropo (Montevideo, 1757 - 1807) muerto en la batalla del Cardal.

⁴⁶ Sito en la calle de San Miguel (hoy calle Piedras).

⁴⁷ En 1797 se habilitó una sala para mujeres (Piñeyro Gutiérrez, 2009, p. 104).

“menesterosos” practicado hasta el momento exclusivamente en el domicilio de los mismos, por caridad e iniciativa particular y privada.

A partir de la concepción de esta institución, el Estado mantendrá una participación variable considerando dos dimensiones que aportan a la construcción de la **cuestión social**: la **concepción de pobreza** en vínculo con la atención de salud y la penalización del delito, y la **delimitación público/privado**.

En los documentos analizados se identifican una serie de variables que dan cuenta de estas dimensiones; éstas son: el perfil de la población internada, los “riesgos” que le son atribuidos, las finalidades de las instituciones, sus denominaciones, las características edilicias, las reglamentaciones internas (derechos y deberes de los residentes), los mecanismos de ingreso/egreso previstos, las prácticas de asistencia/represión y los criterios de clasificación de la población objetivo. La presentación de las mismas aporta a su visibilización en los distintos eventos registrados y su vínculo con el presente.

La pobreza de los asistidos

La condición de pobreza de la población asistida y construcción social de la misma se advertía en la denominación de las primeras instituciones. El primer establecimiento de asistencia fue denominado “Hospital de Caridad”, y en un terreno anexo se colocó en 1796 la piedra fundamental para la construcción de la “Capilla de la Caridad” de la Hermandad o “el templo de los pobres enfermos, como se la llamaba” (Piñeyro del Campo, 1907, p. 7).

Al respecto importa considerar el espacio en el que se fundan estas organizaciones y las características de la población que habitaba la ciudad en esas décadas:

En razón de constituir Montevideo plaza fuerte de cierta significación, fue residencia de numerosos núcleos familiares de soldados (...). La situación de estos soldados y sus familias osciló entre la modestia de un vivir frugal y los límites de la indigencia, sobre todo cuando aquéllos debieron abandonar el servicio activo a consecuencia de su

invalidez, el sueldo en actividad, hacia la década de 1770 era de siete pesos, pero se reducía a la mitad en caso de producir ‘baja por inválido’ (Bianchi, 2001, p. 212).

La preocupación por la pobreza no se restringía sólo a la población enferma. Su reconocimiento era abarcativo a un amplio espectro de circunstancias para cuya protección y control participaron desde el comienzo la Iglesia, el Estado y la sociedad civil⁴⁸.

La diversidad de situaciones, la amplitud de la demanda y el proceso civilizatorio imperante, llevó a “prácticas benéficas y represivas” tanto en la época colonial como en el “período revolucionario”. Para ello resultaba necesaria la diferenciación entre “‘verdaderos pobres’ merecedores de ayuda, y ‘falsos pobres’⁴⁹, pasibles de control y persecución”. En consecuencia, se estableció en 1815⁵⁰ como requisito para mendigar un “certificado expedido por el Defensor de Pobres, conjuntamente con el Cura Vicario de Montevideo” (Bianchi, 2001, p. 222).

Los verdaderos pobres.

Para la práctica de beneficencia, dentro de los “verdaderos pobres” se establecía una nueva clasificación: los “pobres de solemnidad” y los “pobres vergonzantes”.

A los “pobres de solemnidad” se les entregaba “un certificado de pobreza, expedidos por el alcalde o por el cura, en que hacen constar que una circunstancia especial de enfermedad, adversidad familiar, o una carencia de bienes o trabajo, les privan de los recursos necesarios para vivir”. Se trataba de un mecanismo utilizado en general “donde existían instituciones que limitaban sus admisiones a un tipo de pobreza” (Carasa, 1987, pp. 134 - 135).

⁴⁸ La sociedad civil participaba a través de la limosna dada por caridad, pero también los vecinos daban testimonio de la pobreza y estilo de vida de las personas frente a las autoridades para que fueran beneficiarios de la asistencia.

⁴⁹ También denominados “vagos y malentretidos” en el Reglamento Provisorio del gobierno criollo.

⁵⁰ “Artigas respondió afirmativamente a una exhortación del Cabildo montevideo para controlar la mendicidad” (Bianchi, 2001, p. 222).

Los denominados “pobres vergonzantes” incluían a quienes estaban en situación de pobreza, pero eran integrantes de un grupo social en el que no era “natural” ser pobre y por tanto, no debía parecerlo. “Es una clara prueba de que el concepto de pobreza era estamental, pues dejaba de ser virtuosa y digna, es decir, no la quería Dios ni la aceptaba la sociedad, en un estamento superior al tercer estado” (Carasa, 1987, p. 136). Estas situaciones recibían apoyo, quizás hasta en mayor medida que las otras, pero su asistencia no se hacía en un marco público – institucional, sino que se mantenía en la esfera privada. Entre las primeras reglamentaciones como país independiente, se aprobaron en Uruguay la instalación de mecanismos que permitieran establecer un registro de estos “verdaderos pobres” para su asistencia:

suprimidos los Cabildos en enero de 1827 al establecerse el gobierno patrio, se instituyó el cargo de Defensor de pobres y menores como función electiva de servicio gratuito en cada pueblo cabeza de Departamento (...) Un decreto el 2 de octubre de 1829, (dispuso la creación de una ‘Comisión Protectora de indigentes’, con el objetivo de formar ‘un padrón exacto de las familias indigentes, o reputadas por tales, con expresión de los individuos que la componen, su edad, condición, estado, profesión, morada y demás particularidades que puedan conducir a formar un juicio acertado de su situación’ (Bianchi, 2001, p. 224)

El Hospital de Caridad brindaba una asistencia diversa y comprendía distintas necesidades, siendo la atención médica un aspecto más entre otros tantos (Castellanos, 1971, p. 54). Con el devenir histórico, los cambios que atravesaron a la institución en vínculo con el contexto en el que estaba inmersa la ciudad (invasiones, sitios, epidemias, inmigración, cambios de gobierno) fueron diversificando la población asistida.

Más allá de sus propósitos iniciales, el Hospital adquirió un perfil polivalente operando como "alojamiento para dementes, prostitutas, niños, asilo para huérfanos con el turno correspondiente, enfermas parturientas, oficina de Lotería, imprenta, y hasta llegó a tener un camposanto en su sector central” (Morás, 2000, p. 152). Para comienzos de la década de 1820 “había adquirido un carácter asilar (que diferenciaba esta etapa del período colonial hispano), asimilándose en cierto modo a la concepción de un Hospicio” (Bianchi, 2001, p. 242).

En el marco de esta amplitud de funciones, la naciente sensibilidad hacia la infancia abandonada, colocó a la misma entre las nuevas ocupaciones asignadas al Hospital. Se

describía el problema como “el triste espectáculo que presentaban los espósitos [sic] en las calles y la necesidad palpitante de establecer una Inclusa”. En respuesta el Cabildo (1818) determinó que “mientras se erija una casa de Cuna con congrua suficiente para sotenerla, se hiciese anexa la caridad del depósito y crianza de los niños al Hospital⁵¹ ” (De María, 1864, p. 16).

Por su parte, la “Casa de Misericordia” (anexa al Hospital) actuaba en consonancia “al espíritu ilustrado difundido en la península en la segunda mitad del XVIII” (Bianchi, 2011, p. 206), vinculando su respuesta a la pobreza a través del trabajo y la educación. Entre 1835 y 1857 (Morás, 2000, p. 152) funcionaron “dos escuelas primarias para enseñanza de los niños y niñas espósitas [sic] que estuviesen en edad de recibirla” (De María, 1864, p. 19).

También los niños expósitos⁵² recibieron “aprendizaje de imprenta” y se formaron “practicantes a la cabecera de los enfermos”. Cabe transcribir el segmento de una propuesta realizada por integrantes de la Hermandad⁵³, considerando la significación atribuída por la misma a la niñez pobre y huérfana, a su inserción social y a las posibles respuestas a los problemas de atención en el Hospital. Dice el texto:

(...) recoger tres o cuatro niños pobres, que sepan leer y escribir y darles casa y comida y enseñanza de cirugía a los cuales irá después señalando sueldo según su desempeño” con el fundamento de “estudiar el cuerpo humano” siendo de utilidad para el país, para el establecimientos y “un ramo de educación para nuestros expósitos (Archivo de la Hermandad de Caridad, Libro 702, Memoria Histórica, Cap. XIV, en Jauregui, 1952, p. 64)

Esta práctica de educación e inserción laboral desarrollada por el Hospital en respuesta a la pobreza se mantuvo por décadas. En el año 1856 se realizaron una serie de cambios que llevaron a una nueva inauguración en el Hospital; se trataba de “una Escuela de Beneficencia para las huérfanas y niñas pobres, sin excluir las de color, con 62 alumnas” (De María, 1864, p. 24).

⁵¹ “Desde últimos del año 18 en que se fundó la Inclusa hasta el 15 de Mayo de 1826 entraron 282 espósitos (sic), siendo de estos 148 niños y 131 niñas”. Fallecieron 152 (Memoria de 1826 en De María, 1864, p.16).

⁵² “Expositus”, viene del latín y significa expuesto.

⁵³ Propuesta realizada por Sagra y Luna en 1826.

Los falsos pobres.

Con relación a los denominados “falsos pobres” o “vagos y malentretenidos”, los mismos debían ser reformados. El mismo decreto del año 1829⁵⁴ que hacía referencia a los “pobres verdaderos”, también se dirigía a esta otra categoría, señalando su censura. Planteaba:

[...] el designio de proporcionar efectivos socorros a las familias verdaderamente indigentes de esta Capital y su extramuro [...] [y] el de proscribir a aquellas [familias] que se abandonen a un ocio culpable, o toman la miseria como un pretexto para entregarse a la prostitución más vergonzosa [...] (Compilación de Leyes y Decretos de la República Oriental del Uruguay. 1825 – 1930. Montevideo, 1930. Tomo 1. pp. 68 - 90⁵⁵, en Bianchi, 2001, p. 224)

Desde la perspectiva iluminista predominante en la época, la sanción y la asistencia se conjugaban para el abordaje de la pobreza. Se evidencia esta ambivalencia en decretos y disposiciones donde, se podía expresar tanto la caridad hacia quienes estaban en cárceles, como funciones de reclusión con carácter “correcional” para personas que estaban en el Hospital de Caridad.

Ya en ordenanzas de 1768 se le planteaba al Cabildo de Montevideo “la obligación de atender a los presos pobres”, para lo cual se establecía “que lo presidiarios salieran ´por la ciudad a pedir limosna´ a fin de mantenerse, repartiéndose entre los pobres de la cárcel el sobrante” (RAGA⁵⁶, 1885, p. 192, 1918, pp. 323-325, 1919, p. 278 en Bianchi, 2001, p. 228).

En los siguientes años, en el Cabildo fueron implementadas una serie de medidas que se enfocaron a cambiar las condiciones de vida de los presos. En 1772, se buscó mejorar la alimentación ofreciendo el monopolio de abasto de carne en Montevideo a cambio del suministro de carne a los presos. En 1800 se propuso un “trabajo de limpieza de la ciudad

⁵⁴ Ver cita de Bianchi, 2001, p. 224.

⁵⁵ E. Armand Ugon - J.C. Cerdeiras Alaonso - L. Arcos Ferrand C. Goldoracena.

⁵⁶ RAGA (Revista del Archivo General Administrativo), en Bianchi, 2001.

(...) por presos de poco delito (...) En 1809 se destinó a hombres presos para trabajar en el emprendado de calles bajo vigilancia y dirección de un sargento de policía, pagándoles, 'según su habilidad'(...)" (RAGA⁵⁷, 1885, pp. 192, 1918, pp. 323 - 325, 1919, p. 278 en Bianchi, 2001, p. 228).

Desde la misma perspectiva, en 1810 el Cabildo de Montevideo se ocupó de la humedad de los calabozos expresando su preocupación fundada en la "humanidad" y planteando como solución "la plantación en cada uno de los dos citados calabozos de un tablado en que puedan acostarse aquellos infelices presos y presas" (RAGA. Volumen Noveno. Montevideo, 1919, p. 383 [acuerdo de 22-2-1810] en Bianchi, 2001, p. 232).

Por su parte, el Hospital de Caridad cumplía funciones punitivas con dos categorías de mujeres: "depositadas" y "presas". Las primeras, podían haber ingresado por tener una conducta censurable o encontrarse en riesgo de ser violentadas. Aún así, con independencia del motivo "(...) la aclaración frecuente de que 'vienen depositada para todo trabajo', permite advertir el carácter inequívocamente correccional de la medida reclusoria". Las segundas, que podían figurar en los registros como "presa criminal", ingresaban generalmente por problemas de salud, pero se les asignaba "trabajar constituyendo la labor impuesta (no retribuída) un componente agregado de su condena penal⁵⁸" (Bianchi, 2001, pp. 287 - 288).

De acuerdo a lo expresado por el Vicario Dámaso Antonio Larrañaga (1815) la reclusión y el trabajo por parte de las mujeres en el Hospital no sólo tendría un carácter correctivo, sino que aportaría a los recursos de la institución y del Estado. Se entendía como una "cura" en "alma y cuerpo" que contribuiría a ahorrar sueldos "cosiendo y lavando sus sábanas y colchones" o "confeccionando uniformes para los militares" y además resultaría terapéutico dado que "las acostumbraría[n] insensiblemente al trabajo" (Bianchi, 2001, p. 223).

Con respecto a la función de control por parte del Hospital, la organización interna contribuyó a la misma. La delimitación de roles y lugares, distinguiendo entre quienes estaban a cargo de aquellos que recibían "asistencia" posibilitó los mecanismos de vigilancia. Dentro de los funcionarios se encontraban los "hermanos semaneros" que

⁵⁷ RAGA (Revista del Archivo General Administrativo), en Bianchi, 2001.

⁵⁸ La misma situación podía darse en el caso de los varones.

realizaban una inspección semanal para vigilar el “orden interno”, el Padre Capellán que “ha de ser clérigo secular y confesar”, el personal técnico integrado por el médico cirujano, los practicantes, el cabo de sala, los enfermeros y el Enfermero Mayor, el Mayordomo que representaba las funciones de “un padre de familia”, el portero y los sirvientes esclavos (Jaureguy, 1952, pp. 60 - 61).

En el mismo sentido el Hospital suministraba la ropa para exigir la “uniformidad en el vestido de los asilados” y prohibía pedir limosna “fuera o dentro de la casa, ´so pena que serían despedidos y cerrádales las puertas” (MHN. CMs. Libro 1278, fs. 156-156 v. Bianchi, 2001, p. 242).

Este modelo no era exclusivo de nuestro país. Las respuestas a los distintos tipos de pobreza en las que participaba el Hospital de Caridad no guardaba diferencias esenciales con las modalidades implementadas en otras partes del mundo. Foucault expresaba con relación a la experiencia europea:

Económicamente esta medicina-servicio era fundamentalmente subvencionada por las fundaciones de caridad. Institucionalmente era ejercida en el marco de organizaciones (religiosas o laicas) que se proponían múltiples fines: distribución de alimentos, de vestidos, cuidado de los niños abandonados, educación elemental y proselitismo moral, apertura de talleres u obradores, eventualmente vigilancia y castigo de los elementos ‘inestables’ o ‘perturbadores’ (Foucault, 1985, p. 92).

En suma, el “Hospital de Caridad adoptó la forma tradicional de un Hospital General” y al igual que sus homólogos españoles, “las funciones de socorrer y recluir se destacan sobre el del improbable objetivo de curar” (Morás, 2000, p. 152).

Las fronteras entre lo público y lo privado

Una segunda dimensión a considerar refiere a la **delimitación entre lo público y lo privado**. Esta dimensión aparece representada por el ámbito de dependencia de las instituciones para su gestión/administración, la fuente de los recursos que las hicieron posibles y las fundamentaciones que sustentaron las transformaciones y permanencias.

Si bien la injerencia pública y privada coexistió desde la fundación de las primeras instituciones, con el transcurrir del siglo XIX, la tensión entre sus fronteras fue creciendo. El conflicto se materializó en diversos episodios, marcando un antes y un después en el control de las instituciones que a pesar de conformar el escenario del debate, sus implicancias trascendieron los límites del dominio institucional y permearon a toda la sociedad uruguaya.

Los registros existentes acerca de las distintas administraciones, así como de las formas de financiación de los establecimientos, evidencian los niveles de participación pública y privada. En ese sentido resulta relevante presentar ciertos eventos que dan cuenta de la presencia y los desplazamientos de la intervención de ambos sectores.

Como ya fue expresado, el Hospital de Caridad de Montevideo⁵⁹ logró su operatividad a partir de la conjunción de la iniciativa privada y el apoyo gubernamental⁶⁰. Desde su fundación, esta participación mixta tomó visibilidad a través de las modalidades (y dificultades) de sustentación de la propuesta. Hacia fines del siglo XVIII, el Hospital contaba con los recursos escasos obtenidos a través de limosnas callejeras (no se realizaban con lluvia), donaciones y a partir de 1781 “el Cabildo creyó oportuno otorgarles recursos duraderos” por lo que gravó a tales efectos algunos productos como ganado, cueros y bebidas (Jaureguy, 1952, pp. 20 - 21).

⁵⁹ Recibiría el nombre de Hospital Maciel recién en 1911.

⁶⁰ Se debió de esperar un año más para la “aprobación real de la institución y sus estatutos en enero de 1789” (Bianchi, 2001, p. 235).

Los cambios de gobierno y de contexto repercutieron en las formas de gestión y de cooperación pública/privada. En 1808 el Cabildo de Montevideo resolvió “aplicar a su favor el donativo de las carnes (...) y el real del vendaje [sic] del pan” (De María, 1864, p. 14). Seis años más tarde (1814), finalizado el sitio de la ciudad⁶¹ “se dispuso la agregación del Hospital Real con todos sus utensillos en uso y propiedad al de Caridad, obligándose éste a asistir a todos lo enfermos del ejército y marina por cuatro reales diarios por individuo” (De María, 1864, p. 14). En 1817, siendo ocupada Montevideo por las fuerzas portuguesas “la administración del Hospital fue encomendada al Ministro de Hacienda, con la colaboración del mayordomo, hasta que se designó una comisión municipal con tal objetivo” (Bianchi, 2001, p. 240)

La ocupación lusitana procedió (1818 y 1819) a renovar las fuentes de financiamiento del Hospital de Caridad a través de diversos medios: rifas, impuestos por pasajeros y derecho de cabotaje de los buques, lotería pública e imprenta. “Este cambio en la situación operativa del Hospital no eliminó, sin embargo, la práctica de pedir comida de limosna, que constituía uno de los modos más redituables de sensibilización de la caridad pública”. En 1821, se restituyó a la Hermandad al frente del Hospital (Bianchi, 2001, pp. 241 - 242) hasta su disolución definitiva en 1844 (De María, 1864, p. 22).

El 1 de Noviembre de 1824, una nueva Junta Administrativa resolvió la demolición del viejo edificio y la construcción de otro de mayores dimensiones en el mismo terreno. Se colocó la “primera piedra” el 24 de abril de 1825 (Jaureguy, 1952, p. 46). Dos años después, se terminó de construir el “nuevo Hospital” contando con “enfermería para ambos sexos hasta la sala de espósitos [sic], y desde los cuartos para dementes, hasta las últimas oficinas” (De María, 1864, p. 18).

Con la independencia del país, el Hospital tomó otra institucionalidad a cargo del nuevo Estado. Las direcciones se fueron alternando entre Comisiones de Caridad dependientes del Gobierno Central y la Junta Económica – Administrativa de la ciudad de Montevideo.

La Comisión (1856) realizó mejoras edilicias a partir de 1.000 pesos mensuales dados por el Estado y donativos de caridad pública. “El departamento de dementes fue dividido en

⁶¹ Cabe recordar tres hechos de este período: la Revolución de 1810, el sitio de Montevideo (1811 - 1814) y ejército patriota queda al mando del General Alvear (24 de junio de 1814).

dos reparticiones, separado los sexos, y dulcificado su tratamiento. Se dotó de 36 camas para otros tantos alienados que existían” y se “preparó habitación para los enfermos de la vista” (De María, 1864, p. 24).

Las instituciones religiosas continuaron participando en la gestión del establecimiento, enfatizando su rol en las tareas operativas y distanciándose de la función directiva. El 18 de noviembre de 1856 llegaron al país ocho hermanas Gianellinas (religiosas de la Congregación de las Hijas de María Santísima del Huerto) que fueron puestas por la Comisión a cargo de la administración de todas las salas y departamentos del Hospital, pero la gerencia del mismo quedó en manos de la Comisión designada por el gobierno.

El 15 de setiembre de 1858 se instaló una nueva comisión de beneficencia a cargo del Sr. D. Luis Lerena, presidente de la Junta E. Administrativa. Compró un terreno en el “puente del Arroyo Seco para edificar más tarde el Hospital de Dementes”. El 19 de junio de 1860 se trasladaron a “los dementes al Asilo privisional en la quinta de la testamentaria de Vilardebó en el Arroyo Seco” (De María, 1864, p. 27)

Estas tensiones entre el Estado y la Iglesia Católica, llevaron a la confrontación de fuerzas, que derivaron en avances y retrocesos de ambos sectores. El enfrentamiento se radicalizó a partir de la primera mitad del siglo XIX, frente al “ascenso de la modernidad liberal” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 31). El nuevo Estado Nación, requirió de un mayor control institucional como instrumento de consolidación de su hegemonía política. En este marco, los establecimientos de asistencia estuvieron entre los primeros esenarios de lucha por el control entre la Iglesia Católica y el Estado.

Si bien es indiscutible que a través del proceso secularizador el Estado vino a ocupar progresivamente ámbitos antes detentados por la Iglesia, desde una aproximación general también resulta adecuado referir un conflicto tramitado muchas veces en un plano de condiciones más o menos paritarias, entre dos instituciones con dimensiones sociales y políticas protagónicas, que a la vez que procuran reformarse y afianzarse, chocan por la delimitación y ocupación de un espacio público en construcción (Caetano y Geymonat, 1997, p. 44).

Los cambios emergentes en este período, representaron más que movimientos en la administración de los establecimientos de asistencia. Implicaron un cambio en el abordaje de la cuestión social, otorgándole un nuevo “estatus social” a los pobres y en consecuencia, modificando el sentido atribuído a la asistencia. Los “argumentos y las obras del racionalismo filantrópico” contribuyeron en este sentido, apartándose “de la esfera del ‘sacrum’ para incorporar categorías de análisis basadas en la racionalidad y consecuente despersonalización de la asistencia brindada” (Morás, 2000, p. 45).

En la lucha por los espacios, la confrontación de la Iglesia no se restringió al ámbito estatal. Se sumaron a la disputa de las instituciones, organizaciones privadas de carácter laico, que asumieron a partir de entonces un rol predominante en la filantropía y la asistencia del país. Fue ejemplo de esto la “Sociedad Filantrópica de Damas Orientales. Fundada en 1842 e integrada por esposas, hermanas e hijas de masones, representa la primera institución laica del país y tendría un destacado papel en la asistencia hospitalaria” (Morás, 2000, p. 56).

Las lógicas de institucionalización que caracterizaron este período y la conjunción de actores participantes, constituyen un insumo necesario para la comprensión del modelo asilar que imperó a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

El reglamento interno del Hospital.

Una última dimensión que importa presentar, refiere a la reglamentación interna del Hospital de Caridad; la misma evidencia particularidades acerca de estas primeras prácticas de institucionalización que contribuyen al análisis de los establecimientos en las siguientes etapas.

Las normativas abarcaban: los roles y rutinas de los funcionarios, los protocolos de funcionamiento cotidiano, las visitas, la salida de los enfermos, los servicios religiosos,

los entierros, el aislamiento de pacientes contagiosos, los registros en los libros⁶², la higiene⁶³ y la alimentación.

Con respecto a esta última, la reglamentación era exhaustiva; establecía que los “alimentos serán variados” especificando el tipo de alimentos (dieta “ordinaria” o especial de acuerdo al “estado del enfermo”), los horarios de almuerzo y cena de acuerdo a la estación⁶⁴, la cantidad (“andaré por cerca de una libra”) y los utensilios necesarios⁶⁵ (Jauregui, 1952, p. 62). Se preveía que los enfermos pudieran plantear quejas con respecto al alimento que el Mayordomo debía de considerar de acuerdo a las indicaciones médicas recibidas en cada caso (Jauregui, 1952, p. 65).

El rol del “portero” brinda datos interesantes acerca de las barreras entre la institución y el entorno. Este funcionario “no debía de salir de las inmediaciones de la puerta sin separarse de ella, cerrándola en las horas de descanso” (Archivos de la Hermandad, libro 709, foja 304. Instrucciones a los empleados. Capítulo II, III y IV en Jauregui, 1952, p. 60). El propósito de esta vigilancia era controlar el ingreso y egreso tanto de objetos como de personas.

Debía ser un celoso vigilante para evitar robos y observar el movimiento de enfermos y visitantes. No debía permitir entrar ni salir cosa alguna en el Hospital sin que de ellos tenga conocimiento del Mayordomo, a fin de evitar que se introduzcan alimentos o bebidas que sean nocivos a los Enfermos o que extraigan furtivamente objetos de la casa (...) (Jauregui, 1952, p. 60).

Por otra parte, la figura del Mayordomo podía equipararse a la del “director del Hospital moderno” (Jauregui, 1952, p. 60). Estaba a cargo del funcionamiento general, para lo cual debía vivir en el lugar, visitar a los enfermos varias veces al día y hacer cumplir el reglamento interno del establecimiento. Era responsable también del ingreso de los pacientes al Hospital, funcionando el “servicio de entrada” a toda hora (día y noche). Sólo

⁶² Se registraba el ingreso de dinero y gastos, entrada y salida de enfermos.

⁶³ Establecía detalles como el cambio de ropa y afeitarse cada 8 días.

⁶⁴ Almuerzo (11 hs. en verano y 11:30 hs. invierno) y cena (19 hs. en verano y 17 hs. en invierno).

⁶⁵ Paño y cuchara cuya higiene quedaba al cuidado del enfermo.

se excluía el ingreso de “depositados, locos o lazarinos”⁶⁶, a no ser que estas molestias las califique el médico de curables y con orden expresa de la Comisión Económica presidida por el Hermano Mayor” (Archivo de la Hermandad de Caridad, libro 709, foja 204, Capítulo XII, en Jauregui, 1952, p. 61).

Con relación al médico (y practicantes), si bien no residía en el lugar, realizaba visitas “rutinarias” y “extraordinarias” al establecimiento, siendo el responsable último de las ingestas y salidas de los pacientes. Delegaba su autoridad para el cumplimiento de las indicaciones al resto de los funcionarios del Hospital.

En cuanto al movimiento de los enfermos tampoco podían permitir la salida de ningún enfermo sin que le conste por aviso del Cabo de Sala, que tiene para ello permiso del médico, pero al que haya abusado alguna vez de este permiso regresando al Hospital embriagado o fuera de horario le será denegado” (Archivos de la Hermandad, libro 709, foja 304. Instrucciones a los empleados. Capítulo I, en Jauregui, 1952, p. 60).

Los empleados debían vigilar, que los visitantes no suministren a los Enfermos ninguna especie de remedio, alimento o bebida más de los prescritos por el facultativo o practicante de guardia (...) pues con las mejores intenciones es susceptible cualquiera imprudencia de producir el más funesto resultado” (Archivos de la Hermandad, libro 709, foja 304. Capítulo XI, en Jauregui, 1952, p. 65).

Acerca de “las visitas de los familiares y el público en general” resulta significativo el discurso de la normativa. La ordenanza XVI decía al respecto:

La Hermandad tiene un placer positivo en que nuestro Hospital sea a toda hora visitado. Que el público se cerciore de cuanto pasa en él. Los amigos nos hagan cuantas observaciones contemplen oportunas para su mejor régimen. Que nuestros enfermos reciban el consuelo de ver a los suyos y gozen [sic] del desahogo decente de conversar con los que favorecen con sus visitas (Archivos de la Hermandad, libro 709, foja 304. Instrucciones a los empleados. Capítulo XVI, en Jauregui, 1952, p. 65).

⁶⁶ Leprosos.

Más allá de esta apertura, tanto para recibir personas externas al establecimiento como de escuchar sus opiniones sobre el mismo, existían una serie de restricciones que se expresaban en el reglamento sobre las visitas:

(...) pero este honesto recreo y aquel placer no menos honesto deben de ser nivelados por la razón para que no sirva de mortificación para unos lo que es del agrado de otros. Hay otras en que la decencia aleja de las Enfermerías a los visitantes, otras en que el descanso de los Enfermos pide que en ellas no se interrumpa el sosiego y finalmente circunstancias particulares en que es preciso que algunas personas se abstengan de frecuentarlas, ya que para evitar el escándalo de unos y ya la perturbación de la conciencia de otros (Archivos de la Hermandad, libro 709, foja 304. Instrucciones a los empleados. Capítulo XVI en Jauregui, 1952, p. 65).

La normativa establecía los momentos para las visitas de familiares y público en general, éstas no se podían realizar hasta que el médico hubiera realizado su visita regular, ni durante la siesta, ni después de servida la comida o en horas de aplicación de remedios y curaciones por las que “los dolientes puedan ruborizarse”. Otra prohibición interesante era que “el Mayordomo negará rotundamente a cualquier persona que pretenda visitar un Enfermo de distinto sexo” (Jauregui, 1952, p. 61).

La conducta de las visitas también estaba regulada: “debían guardar compostura”, “no se podían sentar en las camas” y tener respeto, “pues al que con sus modales o conversación falte e él, se le hará inmediatamente salir de ellas cuidándose por el Cabo de Sala y Enfermeros el no volverle a consentir la entrada” (Jauregui, 1952, p. 65). De hecho, las pautas de comportamiento abarcaban a todos quienes estaban dentro del establecimiento, en pro del “sosiego de la Casa” vinculado al orden establecido y al bienestar de los pacientes.

Tampoco a los Empleados, Enfermos, ni a persona alguna, se le permitirá que con riñas, disputas, cantos o conversaciones impropias del lugar, perturbe el sosiego de la Casa, pero muy señaladamente, se cuidará que estos no rueden en las Enfermerías sobre materias, que en ningún sentido puedan ofender los oídos de los practicantes (Jauregui, 1952, p. 66).

El régimen asilar para el nuevo estatus social de la pobreza

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX comenzaría un proceso de secularización que se extendió por “seis décadas”, constituyendo “la primera modernización capitalista en el país (1870-1930)” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 37). Sus inicios coincidieron con la “renovación eclesial liderada por Jacinto Vera desde su llegada al Vicariato Apostólico en 1859 y culminó con la separación institucional de la Iglesia Católica y el Estado plasmada en la segunda Constitución de la República, que entró en vigencia en 1919” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 43).

En esta segunda mitad del siglo, Montevideo presentaba un importante desarrollo urbano y acelerado crecimiento demográfico. Recibía a la población proveniente de un medio rural que modernizaba sus medios de producción, con la consecuente “expulsión de mano de obra excedente” (Roade, 1983, p. 52). Más allá de esta afluencia, el mayor crecimiento poblacional se debió a la llegada de inmigrantes europeos. El país recibió el 6% del movimiento migratorio intercontinental (registrado entre 1821 y 1932) estimado en un total de 52 millones de personas. La emigración europea radicada en nuestro país (fundamentalmente en Montevideo), tuvo importantes repercusiones en el campo demográfico, no sólo por el incremento de la cantidad de población, sino también porque afectó la estructura de edades aumentando los índices de natalidad (Pellegrino, 2009, p. 8). Dan cuenta de estas transformaciones que el Uruguay pasó de tener 223.238 habitantes en 1860 a 1.042.686 en 1908 (Pellegrino, 2003, p. 8) y Montevideo, en igual período, pasó de 57.916 habitantes en 1860 (Pollero, 2016, p. 187) a 312.013 en 1908 (Nahum, 2007, p. 13).

En dicho contexto inmigratorio aumentó el número de personas que se encontraban en situación de pobreza, no sólo como resultado del perfil de la población que llegaba a la ciudad puerto, sino también como consecuencia de una conjunción de factores: guerras, epidemias, cambios en los medios de producción y crisis económicas. Estas variaciones “alterarán los equilibrios entre los oferentes y demandantes de caridad”. La asistencia a

la pobreza, cubierta tradicionalmente a través de la limosna, pasará a ser entendida por un sector de la población como “una potencial e indeseable ‘asalarización de la pobreza’” (Morás, 2000, p. 42).

Como consecuencia de los cambios ocurridos la mendicidad en la ciudad capital aumentó. Al igual que en otros momentos antes mencionados, su práctica requería autorización de la Iglesia y del gobierno a través del informe de juez o previa revisión de un médico. “Los mendigos autorizados debían llevar una tablilla en el cuello con el membrete: ‘Merece la caridad pública’”⁶⁷ (Barrán, 1990, p. 64).

En la primera mitad del siglo ya se habían registrado diversos intentos para su supresión: en los años 1815⁶⁸, 1837, 1841 y 1852 se buscó prohibirla, o por lo menos controlarla. Estas sucesivas disposiciones comenzaron a evidenciar un posicionamiento ideológico característico del proceso civilizatorio del siglo XIX: “El ‘elogio de la pobreza’ y de la ‘limosna’ y la ambigua imagen de los mendicantes, contradecía y debilitaba la obligación del trabajo, que debería ser, en cambio, el principio fundamental de vida de las clases populares” (Morás, 2000, p. 44).

Junto a la incipiente Modernidad en el país, irrumpió un nuevo modelo social al que Foucault denomina “sociedad disciplinaria”, ubicado en Europa a partir de los siglos XVIII y XIX. Representa el pasaje de una sociedad “penal” propia de la Edad Media, a otra denominada “ortopedia social”. La diferencia esencial entre ambos modelos son los dispositivos de control utilizados; en el primero, el énfasis fue puesto en el castigo del delito cometido, en el siguiente, prima el control social más allá de la existencia del delito, surgiendo así el concepto de “peligrosidad”. Este cambio de paradigma implica un nuevo objetivo de la penalización. El castigo ya no sólo opera sobre el sujeto en respuesta al acto cometido, sino que, con el propósito de corregir la desviación de la norma, se hace extensivo al resto de la población en tanto anticipa la pena frente a la virtualidad de cometer la falta.

⁶⁷ Orden de las comisarías del 2 de setiembre de 1837.

⁶⁸ Dominación porteña de Montevideo.

La noción de peligrosidad significa que el individuo debe ser considerado por la sociedad al nivel de sus virtualidades y no de sus actos; no al nivel de las infracciones efectivas a una ley también efectiva sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan (Foucault, 2000 b, p. 102).

Dentro de la peligrosidad puede incluirse todo aquello que quede fuera de la norma: lo desordenado, lo confuso, los límites poco claros, la inactividad, y, aunque claramente el concepto es más abarcativo, la pobreza mendigante pasó a ubicarse dentro de esta categoría por lo que debía ser controlada en el marco del nuevo proyecto social.

La ubicación de los pobres en la sociedad preindustrial admite una funcionalidad específica en las categorías de la mentalidad y de la ideología de aquella época; bajo la configuración de una nueva mentalidad urbana la situación ha cambiado: la existencia de mendigos como masa de no trabajadores parece dañina para el bien público, y por ende se hace evidente su disfuncionalidad (Morás, 2000, p. 43).

El Asilo de Mendigos (1860-1895)

La Junta Económica Administrativa de Montevideo aprobó un decreto (22 de noviembre de 1858) para la creación de un Asilo de Mendigos en el que se diera amparo a los “menesterosos” de la capital, cumpliendo así con “la doble tarea de vigilar y asistir” (Foucault, 2000 b, p. 107).

Junto a la inauguración del Asilo, se decretó⁶⁹ la prohibición de la mendicidad pública sin excepciones. En función de esto se establecieron categorías para quienes no entraran en

⁶⁹ Decreto 22 de agosto de 1860 llevado adelante por el Presidente Bernardo P. Berro y su Ministro de Gobierno Eduardo Acevedo. **[Bernardo Prudencio Berro]** (1803 - 1868). Político perteneciente al Partido Nacional. Fue electo diputado en el período (1837 - 1838). Ministro de Gobierno durante el período (1845 - 1853). Ministro de Relaciones Exteriores. Electo Presidente de la República por la Asamblea General para el período (1860 - 1864). En los últimos días de su mandato fue apresado y conducido al Cabildo, lugar donde muere de un disparo que se le atribuye a Segundo Flores (hijo de Venancio Flores). **Eduardo Acevedo Maturana** (1815 - 1863). Político y jurisperito perteneciente al Partido Nacional. Doctor en Derecho (estudió en Buenos Aires). Miembro del tribunal de justicia durante el Gobierno del Cerrito de Manuel Oribe. Exiliado en Buenos Aires durante el período (1853 -1860). Ministro de Gobierno y de

la población objetivo del Asilo y se buscaron alternativas para su ubicación. Siguiendo la concepción planteada hasta el momento, el reglamento interno⁷⁰ expresaba: “Para ser admitido en el Asilo se requiere: ser pobre de solemnidad previo reconocimiento del médico del establecimiento” (Artículo 8 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Diversos artículos de la reglamentación interna clasificaban a quienes no entraban en esta definición, ordenando en función de ello su destino. Una de las discriminaciones estaba dada por la relación salud – enfermedad (incluyendo a crónicos y contagiosos) y el “carácter” de la persona. Los artículos 3 y 14 detallaban:

Los mendigantes enfermos de males que por ser contagiosos o de mal carácter no tienen entrada al Asilo serán igualmente recogidos y puestos a disposición de la Junta Económica – Administrativa para que sean colocados en la sección correspondiente del Hospital de Caridad (Artículo 3 - Reglamento Asilo de Mendigos).

No será admitido ningún Mendigo o Mendiga, niña o niño que padezca enfermedad crónica, contagiosa o asquerosa. Estos serán remitidos al Hospital de Caridad; lo mismo se hará con los que las contraigan en la casa (Artículo 14 - Reglamento de Asilo de Mendigos).

Otra clasificación de las personas se hacía de acuerdo a si tenían o no una “causa justa” para la mendicidad, diferenciando nuevamente desde una perspectiva moral a los “mendigos” (pobres de solemnidad) de los “vagos” (malentretidos).

Los que se encuentren mendigando y resulte que no tienen causa justa para hacerlo, según la reglamentación que ordena el artículo 8 del Reglamento del Asilo, serán considerados vagos y puestos a disposición del Juez competente; y las mujeres se remitirán al Asilo o al Hospital para el servicio que se les imponga” (Artículo 4 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Relaciones Exteriores durante el período (1860 - 1861). Miembro del Tribunal de Justicia durante el período (1861 - 1863). En 1863 asume como Senador hasta su fallecimiento].

⁷⁰ Beneficencia Pública, Reglamento del Asilo de Mendigos. Colección legislativa de la República O. del Uruguay (1852-1868) Tomo II. Montevideo (1877), (pp. 349 - 365).

La relevancia de estos artículos está dada por la explicitación de las causales de ingreso. La fundamentación para la institucionalización se sustentaba en tres dimensiones: el binomio salud – enfermedad, el énfasis en el riesgo médico o social y en la demostración de la situación de pobreza. Como se verá más adelante, estas mismas consideraciones se mantuvieron en diversos momentos históricos y se debaten en la actualidad.

Por otra parte, el énfasis puesto en la valoración de estas causas permite, no sólo evaluar el ingreso, sino también identificar a la entidad encargada de la asistencia: asilo u hospital. En este momento aparece por primera vez la distinción entre “problemas sociales” y “problemas de salud”, cuyos límites variables y poco claros pondrán en debate de aquí en más (y en el presente) a las instituciones y profesionales responsables de su abordaje.

Más allá de la institución que resultara a cargo, el fundamento y la función eran (son) las mismas: “corregir el comportamiento de los individuos, sus actitudes, sus disposiciones, el peligro que significa su conducta virtual” (Foucault, 2000 b, p. 127).

De esta forma, la acción institucional se fundaba en la prevención de una posible situación y/o en la vigilancia que corregía una desviación, sin llegar a responder necesariamente a una infracción. Se trata de un control social, no jurídico, ni penal, donde se establece un interjuego entre la necesidad y el ejercicio de poder fundado en la razón de un saber técnico/profesional.

Toda la penalidad del siglo XIX pasa a ser un control, no tanto sobre si lo que hacen los individuos está de acuerdo o no con la ley sino más bien al nivel de lo que pueden hacer, son capaces de hacer, están dispuestos a hacer o están a punto de hacer (Foucault, 2000 b, pp. 101-102).

Estos rasgos de la “sociedad disciplinaria” en nuestro país, no se presentaron como un hecho aislado en la política dirigida a la mendicidad, sino que comenzaron a perfilarse en diversas instituciones creadas como respuesta a una nueva perspectiva sobre la cuestión social. Las instituciones emergentes fueron el resultado del “debate teórico” acerca del “sentido y las causalidades del fenómeno”, y al mismo tiempo resultaron ser “un campo

de experimentación sobre la reorganización de los modelos asistenciales” (Morás, 2000, p. 17).

Así, la tendencia a ingresar en establecimientos a sectores de la población que requerían cuidado / control / aislamiento, se evidencia en la fundación de las siguientes instituciones: “Casa de dementes” (1860, sustituida por el “Manicomio Nacional” en 1880 - actual Hospital Vilardebó), “Asilo de Huérfanos y Expósitos” (1875), los Asilos Maternales (de la Unión y 1, 2 y 3 - 1877), “Casa de Aislamiento” o Lazareto de variolosos (1891, luego Hospital Fermín Ferreira).

La diversificación y particularidad en las instituciones mencionadas representa “la dislocación progresiva de los procedimientos mixtos y polivalentes de la asistencia” (Foucault, 1985, p. 92) característicos de la etapa precedente. Cada uno de estos centros especializados, se auto asigna las competencias para corregir un tipo de desviación, siempre desde una lectura binaria: normal-anormal (sano-enfermo, culto-ignorante).

Reglamentación interna del Asilo de Mendigos y el control sobre los cuerpos.

La lectura e interpretación de las normativas que regulaban el Asilo de Mendigos deben contextualizarse en la “sociedad disciplinaria” (Foucault, 2000 b, p. 95) emergente en la incipiente Modernidad del país. Es un modelo social que se construye a partir de la vigilancia exhaustiva de los individuos en su cotidianeidad, una “microfísica del poder” que permite “normalizar” a partir de la individualización del “desviado” y el control del cuerpo. Esta tecnología que crea sujetos y subjetividades, no se localiza en un lugar en particular, está integrado por toda la sociedad y por la suma de instituciones, conformando una amplia red de “vasos capilares” desde la base de la vida misma.

Las prácticas de control y vigilancia se vinculan con el concepto del panóptico de Bentham (Foucault, 2000 b, p. 124). El mismo da cuenta de las relaciones de poder que caracterizan a la sociedad, “se ejerce sobre los individuos a la manera de vigilancia individual y continua, como control de castigo y recompensa y como corrección, es decir,

como método de formación y transformación de los individuos en función de ciertas normas” (Foucault, 2000 b, p. 123).

Dentro de los múltiples dispositivos de control social, se encuentran las denominadas “instituciones de secuestro” (Foucault, 2000 b, p. 139). Estas pueden o no ser estatales, pero son abarcativas de diversas áreas como la educación, salud, sistema penal e industrial. Dichas instituciones desarrollan cuatro funciones:

- La primera es el control de la mayor cantidad de tiempo posible de las personas dentro de las instituciones.
- La segunda función es controlar los cuerpos desde un marco de disciplinamiento que no se corresponde con los objetivos institucionales (enseñar, curar, castigar, producir). En este sentido el cuerpo adquiere “una significación totalmente diferente y deja de ser aquello que debe ser atormentado para convertirse en algo que ha de ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar” (Foucault, 2000 b, p. 141). Así, ambas funciones se complementan ya que la “transformación del cuerpo en fuerza de trabajo” deviene en la “transformación del tiempo en tiempo de trabajo”.
- La tercera función es crear un poder “polimorfo” y “polivalente” que enjuicia, castiga y recompensa. Es un poder que va más allá de lo económico, es un poder político; se trata de un “micro-poder” que se constituye en poder judicial. “Las personas que dirigen esas instituciones se arrojan el derecho de dar órdenes, establecer reglamentos, tomar medidas, expulsar a algunos individuos y aceptar a otros, etc.” (Foucault, 2000 b, p. 141) .
- La cuarta y última función transversaliza las tres primeras: es la creación de un “poder epistemológico”. Se logra a partir de “un saber de y sobre estos individuos” basado en la observación de su comportamiento, de sus tiempos y cuerpos controlados – castigados, clasificados, compartimentados (Foucault, 2000 b, p. 142). Son saberes múltiples que potencian los demás poderes, “saber de vigilancia, de examen, organizado alrededor de la norma por el

control de los individuos durante toda su existencia” (Foucault, 2000 b, p. 105). Estas formas de saber, establecen así un doble vínculo con el poder: es un saber que se obtiene de las prácticas sociales de vigilar y controlar, es un poder que se basa en el saber obtenido de estas mismas prácticas.

El análisis del reglamento del Asilo de Mendigos⁷¹ y la correspondencia hallada con las funciones antes mencionadas, coloca al mismo dentro de las características de una “institución de secuestro”. Las normativas enuncian los fines del establecimiento, los sujetos a los que se dirige, las prácticas de control, los saberes, la organización interna, sus autoridades y el vínculo con el entorno. Como las restantes instituciones de su tipo, el Asilo se constituyó en un lugar “en los que se forma la verdad, allí donde se definen un cierto número de reglas de juego, a partir de las cuales vemos nacer ciertas formas de subjetividad, dominios de objeto, tipos de saber” (Foucault, 2000 b, p. 15).

Lo primero a destacar sobre el Asilo de Mendigos es su finalidad de reclusión para “normalizar”. La normalidad estaba representada en dejar de mendigar, lo que podía alcanzarse trabajando o siendo mantenido por alguien. Al respecto era explícita la normativa: “El asilo será permanente y no podrá separarse de él ningún asilado hasta que pruebe que puede vivir de su trabajo, o por la protección de la persona a quien dé crédito la Comisión de Vigilancia” (Artículo 13 - Reglamento Asilo de Mendigos).

De esta forma, si bien el ingreso era determinado por la autoridad mediante la fuerza pública, no se establecía un plazo del encierro ya que el egreso “dependía” de las aptitudes para el trabajo del asilado. Para esta finalidad se requería adquirir el disciplinamiento que generaría “utilidad”, “docilidad”, “distribución” y “sumisión” (Foucault, 2003, p. 27). A tales efectos funcionaba un taller en donde debían trabajar todas las personas asiladas, sin distinción de edad o sexo (Barrán, 1990, pp. 64 - 65).

Las tareas en los talleres serían supervisadas “compeliendo a los remisos o perezosos por medios atenuantes y no forzosos”, distribuyendo el trabajo de “modo prudente y arreglado

⁷¹ Beneficencia Pública, Reglamento del Asilo de Mendigos (1877), Colección legislativa de la República O. del Uruguay Tomo II (1852 - 1865), Montevideo, pp. 349 - 365.

a sus fuerzas y sus aptitudes” (Artículo 34 - Reglamento Asilo de Mendigos). De esta forma, el cuerpo del asilado queda “inmerso en un campo político” en el que las relaciones de dominación lo delimitan, lo doblegan a través del trabajo y de rituales y “exigen de él unos signos” que darán cuenta de su normalización. Se trata de un “cerco político” que busca la “utilización económica del cuerpo”, una “fuerza de trabajo” sujeta “en un sistema de sujeción (en el que la necesidad es también un instrumento político cuidadosamente dispuesto, calculado y utilizado). El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” (Foucault, 2003, p. 28).

Tres artículos de la reglamentación pautaban la ruta prevista para el egreso a través de la capacidad de trabajo de los asilados:

Todos los trabajos hechos por lo mendigos serán apreciados por la Comisión y llevado en cuenta su valor, menos el de la materia bruta (Artículo 66 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Todos los años se balanceará el deber y haber del mendigo, y si tuviese saldo a su favor, se le abonará en la cuenta de capital (Artículo 67 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Si el mendigo saliese del Establecimiento por razón que acredite su buena conducta, se le entregará su capital si lo hubiese habido (Artículo 68 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Para inducir al individuo hacia esta normalidad, se establecían una serie de sanciones que daban cuenta del tránsito de una sensibilidad “bárbara” hacia una sensibilidad “civilizada” de la sociedad uruguaya (Barrán, 1990). Para quienes se fugaran las penas previstas eran las siguientes:

Quedan abolidos los castigos corporales, admitiéndose sólo en el Establecimiento para punir faltas, las penas siguientes: 1. Aumento de trabajo según sus fuerzas físicas, 2- no salir a paseo por una o más veces, 3. Barrer, lavar los pisos y patios, etc. según la gravedad de la falta y a juicio del Ecónomo o Ecónoma, 4. Privación del trabajo, etc.” Art. 70 “(...) siendo reincidentes, se recibirán con las restricciones siguientes: 1. los sexagenarios para arriba, sufrían una detención de seis meses sin salir a paseo; 2. los que son fuertes y

robustos la sufrirán de un año, 3. harán los trabajos de labor y doméstico sin compensación (Artículo 71 - Reglamento Asilo de Mendigos).

El castigo físico, la tortura y la muerte, así como la exposición pública de los mismos, caracterizaron la forma de penalidad precedente a la sociedad ortopédica. A partir de entonces, más allá de la supresión del castigo físico como pena, seguiría siendo el cuerpo la herramienta de penalización, sometido ahora a “un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones” (Foucault, 2003, p. 14). A través del encierro y la obligación de trabajar se le quita al individuo “una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien”, sustituyendo el castigo físico, “un arte de las sensaciones insoportables”, por “una economía de los derechos suspendidos” (Foucault, 2003, p. 14).

Aún para quienes permaneciesen dentro de la institución, existía una barrera física y simbólica que limitaba el vínculo de los asilados con el resto de la sociedad. Las salidas eran restringidas y controladas. “Los mendigos saldrán a paseo fuera del Asilo los domingos y días festivos acompañados por los cabos de sala y sirvientes” (Artículo 72 - Reglamento Asilo de Mendigos)⁷². Por otra parte, el ingreso al establecimiento también estaba regulado en días, horarios y prácticas que debían de contar con autorización. “Queda prohibido visitar el Asilo de Mendigos, sin tener una tarjeta de la Comisión de Vigilancia” (Artículo 77 - Reglamento Asilo de Mendigos). Para quienes contasen con la tarjeta podrían visitar los días martes y viernes de 14 a 17 hs. “Se previene a los visitantes que no es permitido darle limosna a los asilados, y el que desee hacerlo lo hará al establecimiento” (Artículo 79 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Múltiples cargos, roles y funciones serán asignados para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales explícitos e implícitos. Dirá Foucault “Como efecto de esta nueva circunspección, un ejército entero de técnicos ha venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores” (2003, p. 19).

⁷² También se preveía contemplar algunos gustos de los asilados: “El establecimiento proveerá por raciones el tabaco y rapé para llenar los hábitos de los asilados ” (Artículo 33).

Las autoridades componían la denominada “Comisión de Vigilancia”, integrada por nueve vecinos residentes de la Unión, y nombrados por la Junta Económica Administrativa (Artículo 43 - Reglamento Asilo de Mendigos). Los puestos eran ocupados por miembros “respetables” de la sociedad, que estaban a cargo de hacer cumplir el reglamento, del manejo presupuestal y otorgar el aval moral para el egreso y las visitas. Mencionaba el reglamento acerca de sus potestades:

Le está encargado el cumplimiento del presente reglamento, la inspección, la cuenta y razón de todas las pertenencias, servicio interior y general del establecimiento; la intervención en todos los actos de oficio con la Junta, gastos o dineros que se destinen para cubrir el presupuesto y los que provengan de limosnas” (Artículo 44 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Además de la “Comisión de Vigilancia”, existían funcionarios que, desde distintos roles, sostenían la operativa institucional. El seguimiento cercano y cotidiano lo realizaban cuidadores con el cargo de “Cabo celador”. Supervisando el funcionamiento del asilo se encontraba el “Ecónomo/a”, quien debía residir en el lugar. Dentro de sus obligaciones estaba mantener la “disciplina y moralidad de los asilados”, asegurar el “respeto y decoro” en los vínculos y dar el “ejemplo con dulzura, pero siendo inflexible en sus resoluciones, con arreglo al reglamento” (Artículo 34 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Otros funcionarios dentro del establecimiento eran los sirvientes, quienes tampoco podían salir del asilo sin permiso y a los que se les debía prohibir “que injurien y maltraten a los asilados” (Artículo 34 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Esta multiplicidad de funcionarios en contacto directo y cotidiano con las personas institucionalizadas, establecía al interior de la institución una “infra penalidad” que ocupaba los vacíos dejados por el reglamento escrito. La conjunción de normas (explícitas e implícitas), la “polivalencia” de las figuras vinculadas a su cumplimiento y el control de la generalidad de la vida cotidiana, daban cuenta del “polimorfismo” que toda institución de secuestro detenta en el disciplinamiento y normalización de sus residentes (Foucault, 2000 b, pp. 141 - 142).

Tanto los asilados como quienes trabajaban en el establecimiento, estaban organizados en el espacio. La institución ordenaba la separación de las habitaciones según sexo, edad y matrimonios⁷³ y los espacios para la residencia del Ecónomo, el Capellán, los sirvientes, un servicio de enfermería y la presencia diaria de un médico (que debía de vivir en la zona pero no en el Asilo).

El propósito de la distribución espacial era fundamentalmente permitir el control de todos los individuos. Se trata de un “espacio disciplinario” que busca evitar el peligro de “las distribuciones indecisas”, la “circulación difusa”, en una “táctica de antideserción, de antivagabundeo, de antiaglomeración” (Foucault, 2003, p. 140). Para la finalidad institucional, se requiere orden, límites, discriminación, y clasificación.

Se trata de establecer las presencias y las ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos. Procedimiento, pues, para conocer, para dominar y para utilizar. La disciplina organiza un espacio analítico (Foucault, 2003, p. 140).

Este control y disciplinamiento requería por tanto la identificación y visibilidad de todos los internos.

Todos los muebles, ropas y objetos de uso de los mendigos estarán numerados, y en general, todos los que correspondan al Asilo tendrán la marca ‘Asilo de mendigos’ en un punto visible (Artículo 7 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Además de la diferenciación de roles y la distribución espacial, se regulaba cada momento y aspecto de la vida diaria de los asilados, en función de una agenda minuciosamente programada. Dan cuenta de este control de actividades los siguientes artículos:

⁷³ El Artículo 6 del Reglamento Interno del Asilo de Mendigos expresaba: “Los dormitorios serán generales para cada sexo, con excepción, 1° de los matrimonios, 2° de los mendigos que tengan hijos de menos de cinco años, pues los que tengan más edad hasta la de la pubertad, se colocarán en un departamento especial, determinando la Junta en oportunidad de la educación que se les ha de dar. Aquellas dos clases tendrán sus dormitorios”.

El mendigo se acostará con su ropa interior, bajo las cobijas, a la 8 en invierno y a las 9 en verano después de haber rezado y se levantará a las 5 en verano y a las 7 en invierno (Artículo 15 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Al levantarse se lavará, peinará y vestirá para ir al desayuno. Arreglará su cama (...) se afeitará por sí o por barbero, una o dos veces por semana, se cortará el pelo dos o tres veces al año, se cortará las uñas, se bañará todo el cuerpo una vez a la semana en verano, y en el invierno cuando le sea preciso; usará su traje arreglado y prendido, estará calzado (...) (Artículo 16 - Reglamento Asilo de Mendigos).

También se determinaba el tiempo de permanencia en la mesa – 15 minutos para desayunar, 60 al almuerzo con 30 minutos de descanso y 50 en la cena –

Guardará orden y circunspección y no se levantará antes del toque de suspensión sin permiso del celador, usará los cubiertos y platos no tomando con la mano el alimento. (Artículo 17 - Reglamento Asilo de Mendigos).

Un último aspecto a señalar es que este orden y control sobre los cuerpos abarcaba también a la muerte. Las reglamentaciones especificaban quiénes participaban y cómo, en los ritos fúnebres: “En caso de defunción de algún mendigo, se llenarán los deberes religiosos, y será conducido el cadáver en el Carro de los Pobres (...) lo acompañará un cabo de sala y cuatro mendigos de los más robustos” (Artículo 80 - Reglamento Asilo de Mendigos). Esta práctica de individualización de los cadáveres y el control de su destino (ataúd y tumba) que aparecen en Europa a fines del siglo XVIII, no responden a causas “teológico-religiosas de respeto al cadáver, sino por motivos político-sanitarios de respeto a los vivos” (Foucault, 1999, pp. 375 - 376).

Administración del Asilo de Mendigos.

La participación del Estado en las instituciones de beneficencia comenzó a definir la frontera entre la Iglesia Católica y el aparato estatal en su administración, y con ella, la confrontación por los espacios ocupados. Como se planteó antes, el espacio público

convertido en un asunto de Estado tuvo para el país una significación que trascendió la asistencia y la salud. En los “orígenes modernos” del país, la “dimensión de lo público” fue configurada en forma “directa y casi monopólica” por el Estado adquiriendo “un doble rol instrumental y simbólico: lo primero en tanto vía privilegiada – junto con los partidos– para la construcción política del orden social; lo segundo como símbolo y referencia preferida para la identificación de la *unidad social*” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 35).

El Asilo de Mendigos no fue ajeno a las tensiones entre el Estado y la Iglesia Católica por el control de las instituciones. Las distintas administraciones del establecimiento dan cuenta de ello a lo largo de toda su existencia. En sus comienzos, fue instalado en un local cuyo edificio había tenido diferentes destinos, oficiando en ese momento como cárcel⁷⁴ y dependencia policial⁷⁵. Expresaba el texto de la normativa:

Con el fin social de extirpar la mendicidad callejera y hacer efectivas las aspiraciones de la Comisión de Señoras de Beneficencia Pública y de la Junta Económico Administrativa” – (...) se comunica a quien corresponda, que debe entregarse la parte norte del Edificio del colegio ocupada por dependencias policiales y una Cárcel (Brazeiro, 1993, p. 20) .

El Asilo se inauguró el 22 de agosto de 1860 “con una existencia de 13 pobres: 7 hombres y 6 mujeres” (Piñeyro del Campo, 1907, p. 220). Con respecto a la característica edilicia en esta etapa, la función de reclusión que lo antecedía como establecimiento carcelario da cuenta de la misma, volviendo a difuminarse, como en el caso del Hospital de Caridad, los límites entre la asistencia a la pobreza y la reclusión.

Apenas diez años más tarde, (1870) el Asilo llegó a albergar 750 personas producto de la epidemia de Fiebre Amarilla, por lo que se resolvió su ampliación (Brazeiro, 1993, p. 29), realizándose en las siguientes décadas sucesivas obras⁷⁶.

⁷⁴ “(...) el local pasó a propiedad del Estado, el que instaló allí en 1857 una cárcel, de acuerdo a lo que se desprende de la resolución del Ministerio de Gobierno: Siendo necesario colocar los presos que existen en el Cuartel de Dragones en un local más salubre y más seguro, se han trasladado en el Colegio sito en la Unión” (Groba, 1999, p. 5).

⁷⁵ El terreno había sido donado y/o permutado al Estado para fines benéficos por Tomás Bazáñez entre 1847 y 1849. (Piñeyro del Campo, 1907, p. 219).

⁷⁶ De 1852 a 1889 se compraron nuevos predios linderos y se realizaron ampliaciones (Piñeyro del Campo, 1907, p. 10).

Su administración comenzó bajo la dirección de la Junta Económica Administrativa de Montevideo. En 1865, se realizó una solicitud de apoyo a la Visitadora Provincial de la República Argentina, a partir de la cual, en 1870, cinco religiosas hermanas vicentinas (Hijas de la caridad de San Vicente de Paul), se hicieron cargo de la institución (Piñeyro Gutiérrez, 2009).

En los períodos sub siguientes, al igual que en el caso del Hospital de Caridad, la administración del Asilo pasaría de la Junta a comisiones de beneficencia, dependiendo de las vicisitudes⁷⁷ por las que atravesaba el país. Las comisiones, compuestas fundamentalmente por propietarios y comerciantes de la zona, administraban y controlaban honorariamente el lugar (Brazeiro, 1993, p. 27).

Estas modificaciones en la administración del establecimiento asilar están directamente vinculadas con eventos claves registrados en el contexto nacional, que redefinieron los límites entre los espacios público y privado. Al respecto los autores identifican tres etapas en la “peripezia secularizadora”:

i) uno inicial que se ha datado entre 1859 y 1885 y que se ha calificado como la *institucionalización del conflicto*; ii) otro posterior entre 1885 y 1906 dominado por los *vaivenes de una nueva relación entre Iglesia y Estado*; iii) finalmente un tercero y último, entre 1906 y 1919, signado por el *camino hacia la separación constitucional* (Caetano y Geymonat, 1997, p. 46).

Durante el gobierno de facto de Lorenzo Latorre, el Gobierno Provisional aprobó dos decretos que adquirieron especial repercusión en el conflicto entre el Estado y la Iglesia Católica ya que tendía a la marginalización de esta última de los espacios comprendidos

⁷⁷ “Por decreto del 10 de abril de 1880 cesó la intervención de la Junta capitalina en los hospitales y asilos, creándose en su lugar la Comisión Honoraria de Caridad y Beneficencia Pública; y por nuevo decreto de 4 de setiembre siguiente se restableció la comisión de Beneficencia pública de Señoras suprimida durante la dictadura de Latorre (1878). Un nuevo decreto de 5 de junio de 1885 suprimió la primera de estas Comisiones, cuyas funciones quedaron a cargo de la Junta en atención a la difícil situación financiera de aquellos establecimientos, centralizándose así sus recursos en el Tesoro Municipal: hasta que por decreto de 31 de diciembre de 1868, cesó nuevamente la intervención de la junta y se restableció la Comisión H. de Caridad y Beneficencia Pública” (Castellanos, 1971, p. 55).

⁷⁷ Las edades de muerte de las personas en el Asilo fallecido en el período (1895-1909) fueron las que se muestran en este cuadro (López, 1910, p. 10).

como públicos. Las reglamentaciones fueron “La de Educación Común (24 de agosto de 1877) y la de Registro de Estado Civil (11 de febrero de 1879) para nacimientos, matrimonios, legitimaciones y defunciones” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 66).

En este contexto de laicización, se aprobaron otras dos reglamentaciones que estabilizaron el control y administración del Asilo bajo la esfera pública estatal. El gobierno del General Tajes dictó un decreto (1886) por el cual se creó la **Comisión de Caridad y Beneficencia Pública** dependiente del Poder Ejecutivo. Tres años más tarde, por disposición de la Ley N° 2.059 (1889), se declararon establecimientos “Nacionales en el Departamento de Montevideo, el Hospital de Caridad y los asilos de Dementes, de Huérfanos y Expósitos, de Mendigos, Asilos Maternales y demás institutos análogos” (Compilación de leyes y decretos. Ley N° 2059, Tomo 46, pp. 524 - 526), refiriéndose a los existentes y a los que se pudiesen crear en el futuro. Esta normativa dispuso que los mismos fueran regidos por la Comisión de “**Caridad y Beneficencia Pública**”⁷⁸ dándole así también a la misma un carácter nacional.

La ley N° 2.059 fue la primera en el país que estableció la beneficencia pública como un asunto de Estado, poniendo la administración de la misma bajo su injerencia absoluta. La **Comisión de Caridad y Beneficencia Pública**, dependía exclusivamente del Poder Ejecutivo. Integrada por la sociedad civil, estaba compuesta por veintiún vecinos de “respetabilidad y arraigo” que tendrían como única recompensa “la gratitud pública”.

Su financiación partía básicamente de los fondos obtenidos con la Lotería de la Caridad, quedando la Comisión a cargo de la administración de loterías de caridad y bienes. De acuerdo a la ley, parte de las rentas podrían destinarse “al alivio de desgracia que por razones de epidemias, inundaciones y/u otras causas semejantes que ocurran en todo el territorio de la República” (Compilación de leyes y decretos. Ley N° 2059, Tomo 46, pp. 524 - 526). En el marco de estas disposiciones, la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública realizó expediciones sanitarias en las guerras civiles de 1897 y

⁷⁸ La Comisión de Caridad dirigía los establecimientos a través de las Comisiones Delegadas compuestas por tres miembros (Piñeyro del Campo, 1907, p. 18).

1904, trasladando heridos, aportando medicamentos y materiales de curación (Piñeyro Gutiérrez, 2009, pp. 99 - 103).

Como resultado de estas normativas y del conjunto de transformaciones ocurridas en el país con relación a la asistencia pública, en 1905 estaban bajo la dirección de esta comisión las siguientes instituciones: Hospital de Caridad, Asilo de Expósitos y Huérfanos, Asilo de Dementes, Lavadero General, Asilo de Mendigos y Crónicos, Asilos Maternales, Casa de Aislamiento, Escuela Nacional de Artes y Oficios, Colegio San José, Administración de Lotería, Droguería Central y Laboratorio Químico Bacteriológico, Policlínicas, Escuela de Enfermeros (Piñeyro Gutiérrez, 2009, p. 97).

El control del Estado sobre las instituciones de asistencia, no implicó en esta etapa que las comunidades eclesíásticas dejaran de estar a cargo de su organización y gestión directa⁷⁹. “La vigilancia, los detalles de economía y de administración interna, están en casi todos los establecimientos confiados a las Comunidades de María del Huerto y de San Vicente, ceñidas a la intervención y a las disposiciones de las Delegadas” (Piñeyro del Campo, 1907, p. 19).

Es interesante la percepción sobre el alcance de la Caridad Pública que se tenía en la época en que operaba la Comisión. Dos exposiciones de Piñeyro del Campo a principios del siglo XX aportan en ese sentido. En su informe presentado al II Congreso Científico Latinoamericano en 1901, expresaba:

De modo que de las casas que la Comisión administra puede decirse propiamente que amparan al hombre en su infancia, le educan y vigilan en su niñez, le dirigen en su juventud, le asisten en sus dolencias en toda edad de la vida, le hospitalizan cuando temporaria o definitivamente su inteligencia se oscurece, le asilan y aíslan cuando su mal constituye un peligro para sus semejantes y le dan lecho y hogar cuando definitivamente cae rendido al peso de las enfermedades o de la miseria (Piñeyro Gutiérrez, 2009, p. 96).

⁷⁹ La Comunidad de María del Huerto actuó en el país desde 1857 en el Hospital de Caridad (Disposición del Poder Ejecutivo del 5 de junio de 1857) y la Comunidad de San Vicente desde 1868 en el Asilo de Mendigos y colegio anexo.

Una segunda opinión de Piñeyro refiere a las dificultades de presupuesto y sus implicancias. El 18 de agosto de 1898, el gobierno de Lindolfo Cuestas había aprobado para la financiación de las actividades de la Comisión la ley del Tesoro de la Caridad. En su Artículo 6 se estipulaba que una vez cubierto el presupuesto de la Comisión de Caridad, el excedente se volcaría a Tesorería General del Estado (Piñeyro Gutiérrez, 2009, p. 98). Esta disposición generó dificultades de fondos que fueron expresadas en una carta dirigida por Piñeyro del Campo al ministro de gobierno Campisteguy en 1903:

(...) para que se dieran cuenta exacta de las necesidades socorridas y de los males y miserias que por ellos se evitan, para que formaran convicción personalísima del enorme gravamen que pesarían en la sociedad y de los trastornos que en ella se producirían, si por un momento dejaran de marchar ordenadamente ese gran mecanismo de la Beneficencia Pública (Piñeyro Gutiérrez, 2009, p. 98).

Las instituciones a las que hace referencia Piñeyro del Campo son entendidas desde la perspectiva de Foucault como mecanismos de control y corrección de virtualidades a lo largo de la vida del ser humano. Representan para el autor instituciones para judiciales, pero subsidiarias a este poder en el rol de control de la peligrosidad de los individuos. Se trata de “una gigantesca maquinaria de instituciones que encuadrarán a éstos a lo largo de su existencia; instituciones pedagógicas como la escuela, psicológicas o psiquiátricas como el hospital, el asilo, etc.” (Foucault, 2000 b, pp. 102 - 103).

Cabe mencionar un último aspecto con respecto a la administración de las instituciones en este período que tampoco estuvo exento de tensiones. La creación de esta institucionalidad a escala nacional, entró en conflicto con una lógica de beneficencia - asistencia de cercanía, a cargo de los gobiernos departamentales y de las sociedades civiles locales. Luego de la independencia del país, la intervención a través de instituciones de asistencia había empezado a gestarse en las zonas “más ricas o más pobladas”, con la construcción de “hospitales y hospicios” a través de Comisiones locales de Caridad y Beneficencia (Piñeyro del Campo, 1907, p. 17). Las apelaciones al altruismo de los privilegiados y las demandas de recursos públicos ocupaban un espacio importante en los esfuerzos de los reformadores, quienes debían enfrentar el dilema de colocar la administración en el ámbito local o nacional (Morás, 2000, p. 160).

Finalmente, el fundamento que dirime el debate en este momento histórico estuvo dado en la falta de recursos suficientes por parte de los gobiernos departamentales del interior del país para sustentar proyectos de esta envergadura. Es así que “los establecimientos públicos de asistencia bajo la órbita del gobierno nacional vino a reconocer una nueva realidad: la especialización y extensión de servicios comenzaba a tener costos que excedían las capacidades locales” (Morás, 2000, p. 161).

Síntesis del Capítulo

Realizar el “análisis histórico de las prácticas discursivas” sobre la institucionalización, entre las últimas décadas del siglo XVIII y finales del siglo XIX, da cuenta de la ruptura en la episteme que cimentó la creación del primer establecimiento de asistencia en nuestro territorio. Si bien en apariencia el encierro, la asistencia y el control de los cuerpos estuvieron presentes en todo el período analizado, la fundamentación de esta práctica comenzó a variar hacia finales del período.

Las primeras formas de ingreso a una institución para la “asistencia”, se caracterizaron por una escasa especialización en el abordaje de las situaciones, acompañada por una alta indiferenciación de los cuerpos. El Hospital de Caridad, primer hospital “civil pero de carácter médico” (Jaureguy, 1952, p. 56), fue organizado y administrado por una institución religiosa. Fundamentada la obra en la caridad cristiana, se abarcó desde esta perspectiva a un público amplio y heterogéneo.

La población objetivo del Hospital presentaba como factor común la pobreza⁸⁰, ya sea para brindarle asistencia y/o corregir/salvar su alma, según se tratara de un “reo”, un “falso pobre” o un “pobre verdadero”. En este polimorfismo se incluía la asistencia institucional a la vejez, aunque su ubicación dentro la población objetivo no estaba

⁸⁰ A pesar de que había excepciones previstas. El Hospital contaba con “una sala en alto para convalecientes y enfermos pudientes” (Jaureguy, 1952, p. 41) ya que se preveía la “hospitalidad de pudientes” que establecía “cada uno de esta clase que viene a curarse al Hospital pagaría 5 reales por todo gasto de comida, asistencia, medicina, ropa limpia” (Jaureguy, 1952, p. 36).

determinada por la edad avanzada; en su ingreso incidían los mismos factores que compartía con las otras franjas etarias institucionalizadas.

Sobre mediados del siglo XIX en Uruguay, estas prácticas de caridad polivalentes fueron leídas como “una potencial e indeseable *’asalarización de la pobreza’*” (Morás, 2000, p. 42), en detrimento de su necesaria incorporación a la fuerza laboral. Fue un cambio de perspectiva que se enmarcó en una serie de transformaciones sociales: “la secularización de las mentalidades, las costumbres, las instituciones y la educación [se construyó muy pronto en] uno de los síntomas culturales más precisos de la temprana modernidad uruguaya” (Barrán, 1998, p. 5).

En la incipiente modernidad del país, la institucionalización comenzó a organizarse en espacios diferenciados y a dirigirse a poblaciones delimitadas por sus particularidades. Las nuevas denominaciones de los establecimientos eliminaron las alusiones a la caridad o la pobreza, remplazándolas por la especificación de la población objetivo: “Asilo de Huérfanos y Expósitos”, “Hospital de dementes”, “Asilos Maternales”, “Casa de Aislamiento”, “Asilo de Mendigos”, “Lazareto” y “Casa Cuna”. Surgió así un nuevo “orden de las representaciones” (Foucault, 1968) expresado a través de un giro lingüístico que daba cuenta de un diferente estado de situación. La sociedad moderna emergente, moldeó un nuevo discurso y una nueva subjetividad en vínculo con nuevas prácticas.

El modelo asistencial y penal fue así sustituido por un “modelo ortopédico” basado en la vigilancia y el control de cuerpos y conductas, clasificados de acuerdo al binomio normal/anormal. El nuevo saber especializado de las ciencias humanas, se constituyó en un saber/poder, que podría identificar peligrosidades, riesgos y justificar el aislamiento. La institucionalización ya no se dirigiría a la necesidad constatada, a la falta o al delito, sino a la prevención del hecho, a la previsión de una conducta potencial, siempre desde una perspectiva de normalización.

Cada nuevo “a priori histórico” (Foucault, 1968, p. 158), ordenó el debate teórico de las causalidades, sustentando el comienzo de la reorganización del modelo asistencial en el país. En el nuevo sistema, la asistencia comenzó a diferenciarse entre el eje salud y el eje social, estableciendo dominios de saberes distintos y fronteras entre ambos. De acuerdo

a lo expresado por el reglamento interno del Asilo de Mendigos, la primer divergencia fue la institución a cargo: hospital o asilo. La segunda diferencia estuvo dada en los parámetros de normalidad/anormalidad que fundamentaron el ingreso y egreso en cada institución: en el hospital era el binomio salud/enfermedad y en el asilo era la mendicidad/incorporación a la “fuerza de trabajo”. Más allá de estas variaciones, las estrategias en ambos casos se sustentaron a partir de un “sistema de sujeción” del cuerpo con la perspectiva de su “utilización económica”.

Las prácticas de encierro y clasificación conllevaron a otro resultado: constituir al ser humano como objeto de conocimiento. La posibilidad de la observación de los reclusos en las instituciones, generó un saber empírico que dio base a una “episteme moderna”, la cual, teñida de objetividad, sustentaría el discurso científico emergente. La nueva episteme fundamentó sus prácticas en “saberes” especializados. Es así que este incipiente “racionalismo filantrópico” comenzó a sustituir el criterio de caridad cristiana y el merecimiento de asistencia, pasando a justificar la asistencia/encierro en la “razón” aportada por el conocimiento científico.

En este sentido, las capacidades dadas por los nuevos saberes delimitaron no sólo a los sujetos institucionalizables, sino a quienes tenían el saber (poder) para identificarlos y brindar asistencia especializada para su normalización.

El tránsito por este período también señala el pasaje del Estado, desde una figura restringida al aporte de recursos (limitados, variables), hasta la dirección de las instituciones en sustitución de la Iglesia Católica y las organizaciones privadas. Este cambio se dio en el marco de la lucha por la legitimación del nuevo Estado Nación y representó el pasaje de un modelo basado en la caridad personalizada, por otro aglutinador, que resultaba garante del derecho de ciudadanía.

A pesar de estas transformaciones, la secularización de las prácticas no modificó esencialmente las finalidades y las normativas que regulaban las instituciones de asistencia. Mantuvieron su apoyo en un basamento punitivo a la desviación de la norma y fundamentadas en un discurso moralizador vinculado con el trabajo y el “merecimiento”. De esta forma, más allá de la prevalencia de la Iglesia o el Estado en la dirección de los establecimientos, los mismos se sustentaron en una fuerte connotación

moral dirigida al control social. Ya sea que estuvieran a cargo de los integrantes de la Hermandad o de “miembros respetables” de la comunidad, o del sistema jurídico o del racionalismo filantrópico, se difuminaron los límites entre las prácticas de caridad y represión, de asistencia y penalización.

Por último, las barreras para la comunicación de las instituciones con el entorno fueron aumentando, creciendo el aislamiento de los internados y alejando la corresponsabilidad de la sociedad civil sobre las mismas. De esta forma se transitó desde un Hospital de Caridad con apertura a opinar y obligación moral de aportar a su sustento; a un Asilo de Mendigos que controlaba el ingreso de visitas (requería de un carné autorizándolas), reglamentaba los días y horarios de entrada y salida de la población institucionalizada, dependía en exclusividad del Estado (a través de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública) y obtenía fondos de lo producido por los propios asilados.

Capítulo 2: La asistencia y la salud como un problema de Estado

Ciertamente que el higienismo como práctica e ideología, proclamó un "evangelio" cuyas normas serán tan estrictas como las eclesiásticas, pero lo que resulta destacable, es que se sustentaban en una racionalidad que previamente había pasado por el tamiz del análisis experimental, lo cual no dejaba de ser un significativo cambio (...) Al mismo tiempo, la moral higienista asociaba la salud corporal con la del colectivo, con lo cual la obligación del acatamiento se vuelve profana: autolimitarse es un deber, no con Dios, sino con la sociedad (Morás, 2000, p. 190).

Introducción

El capítulo presenta los movimientos que, entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, consolidaron en Uruguay la asistencia y la salud como un problema de Estado. La información disponible es muy basta y diversa por lo que resulta pertinente realizar algunos señalamientos sobre el uso de la misma.

Lo primero a mencionar es que los cambios estudiados tuvieron una alta complejidad, por lo que se empobrecería su explicación si se la redujera a una suma de factores, ordenados linealmente, desde una relación causal, en un mismo tiempo y espacio. Por tanto, si bien a los efectos expositivos aparece una cierta cronología, se busca dar cuenta de las dinámicas, las contradicciones y las fuerzas enfrentadas.

En la lectura de los hechos se atiende además a la superposición de espacios en los que emergen los cambios (esferas pública y privada, escenarios sociales macro y micro) y a los distintos momentos históricos con los que se vinculan los factores y las circunstancias estudiadas. En otras palabras, se propone alcanzar la "pertinencia histórica del conocimiento" procurando "dar cuenta de la especificidad de los fenómenos, que es lo que resulta de entender a estos como ubicados en contextos muy complejos de relaciones múltiples y en distintos tiempos" (Zemelman, 2001, p. 13).

Por otra parte, los datos recuperados suponen un doble recorte de la información existente: atendiendo al objeto de esta tesis y a las opciones conceptuales realizadas.

Con relación **al objeto de tesis**, la información seleccionada se centra en la práctica de institucionalización y su relación con el contexto nacional. Se investiga la evidencia explícita a través de hechos, reglamentos y enunciaciones discursivas y lo implícito en las construcciones ideológicas y conceptuales subyacentes. Tanto el texto como el contexto, lo constatado como lo sugerido, dan pistas sobre la problemática de estudio.

Con respecto a las **opciones conceptuales realizadas**, se parte del supuesto de que las mismas permitirán una indagatoria que aporte nuevas significaciones a datos ya conocidos. Se propone otra lectura posible, que admita una nueva aproximación al problema, bajo el desafío de no reducir los datos a las categorías teóricas seleccionadas.

El análisis de la información de esta etapa considera la estatización de lo público, la medicalización de la sociedad y la biopolítica, los cambios demográficos y el impacto del conjunto en las prácticas de institucionalización.

La colonización de los espacios públicos fue uno de los factores que permitió el **fortalecimiento del Estado Nación**, otorgándole legitimidad en tanto productor de ciudadanía y promotor de cohesión social. Esto supuso la radicalización del conflicto iniciado décadas atrás con la Iglesia Católica y la confrontación con otras instituciones privadas que hasta entonces se habían encargado de proveer salud y asistencia a ciertos sectores de población.

Los conflictos de la secularización discurrieron así en forma paralela a la implantación de ese modelo de ciudadanía que ponía un énfasis casi obsesivo en la integración de una sociedad *aluvional* y segmentada, a la que se quería articular desde el Estado a partir de un denso entramado cívico-institucional de proyección homogeneizadora (Caetano y Geymonat, 1997, p. 36).

El surgimiento de la **“biopolítica”** es un segundo vector a considerar en esta etapa. Representa la intervención estatal orientada a conocer y regular las formas de vida de la

población en general. Se funda en el marco de un “**biopoder**” ejercido por el Estado Moderno sobre “el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico” (Foucault, 2000 a, p. 217).

Una tercera dimensión a señalar es la denominada “**medicalización de la sociedad**”. Se la conceptualiza desde las ciencias sociales como las transformaciones de ciertos “parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otros momentos exhibían un mayor grado de externalidad frente a sus tradicionales competencias” (Mitjavila, 1992, p. 37).

La medicalización de la sociedad por un lado y la biopolítica por otro, se conjugaron para colocar los problemas de salud de la población como parte de la cuestión social. El diseño e implementación de las políticas de Estado dirigidas a su resolución (o mitigación), fueron orientadas desde la medicina, cuya racionalidad transversalizaba distintos grupos sociales, posiciones políticas y perspectivas ideológicas: el “poder médico del Novecientos fue también un poder de clase, de género y cultural por estar inmerso en una sociedad dividida ostensiblemente en clases, géneros, y por la cultura” (Barrán, 1993 b, pp. 11 - 12).

El fundamento último de la intervención médica en diversas esferas se sustentaba en una concepción que vincula el origen de las enfermedades con aspectos de la vida social, en particular se asocian los focos de enfermedad con los sectores populares, sus condiciones de vida, sus hábitos, su higiene y sus pautas culturales.

Los médicos de derecha – y las clases altas – culpabilizaron de la enfermedad a los “vicios” de los pobres; los médicos “avanzados” y los anarquistas y socialistas (casi todos los batllistas también) señalaron como causa de la enfermedad a la miseria y de ésta, al sistema capitalista imperante. Ambos, empero, coincidieron en que el foco del cual irradiaba el contagio estaba en los “indigentes” (Barrán, 1993 b, p. 145).

Más allá de la posición ideológica, esta preocupación por mejorar las condiciones de existencia de lo más desposeídos en pro de evitar la trasmisión de enfermedades, fue

abordada desde prácticas higienistas que colaboraron con la consolidación del nuevo orden social.

El paradigma de interpretación de los cambios operados en las ciudades modernas se origina, en gran medida, a partir del énfasis colocado en la extensión de un miedo social urbano en el tejido del nuevo orden burgués. Como consecuencia, serán desarrolladas una serie de prácticas higienistas tendientes a disciplinar el peligro que representan estos "huérfanos de la fortuna". La tecnología higienista-sanitaria se colocaría así, al servicio de un nuevo nivel de dominación que "no opera sólo al nivel ideológico sino que comienza en el cuerpo" (Morás, 2000, p. 12).

Un último componente a considerar son los **cambios demográficos** registrados en esta etapa, los cuales estuvieron vinculados, en mayor o menor grado, con las políticas sanitarias instrumentadas por el Estado. Entre éstos se destaca, la variación en la morbi mortalidad de la población en general, y de ciertos grupos en particular, que tuvieron un impacto significativo en la percepción de la sociedad sobre el rol de la medicina y de la higiene pública.

Las transformaciones en el modelo de Estado, la estatización y secularización de la asistencia, la medicalización de la sociedad y los cambios demográficos, coadyuvaron a imprimir una nueva matriz a las instituciones de asistencia en el país. Este capítulo busca presentar cómo esta mutación constituyó uno de los pilares que hizo posible la institucionalización de la vejez como la conocemos en la actualidad.

El nuevo contexto de las instituciones

El higienismo fue un movimiento que, "nacido en Europa en el siglo XIX, implicaba la consideración de la enfermedad como producto de las condiciones ambientales y sociales producidas por la Revolución Industrial" (Vetö, 2014). Constituyó en el campo de la medicina "una poderosa corriente de pensamiento" representada tanto en la "preocupación genérica por la salud pública", como en "el intento de explicar el origen y

los mecanismos de determinadas enfermedades endémicas y epidémicas” (Arteaga, 1985, p. 417).

Las transformaciones requeridas supusieron que el Estado tomara un rol activo, poniendo en cuestión “la concepción de que las libertades individuales se encuentran por encima del bienestar social”. Las políticas profilácticas resultantes tendientes a la prevención de enfermedades alteraron de este modo el campo del derecho con nuevas legislaciones y promovieron la modificación de pautas culturales a partir de la educación de la población. El lugar ocupado por la medicina en el diseño e instrumentación de estos cambios dio lugar a la denominada “medicalización de la sociedad” (Vetö, 2014).

En Uruguay, las condiciones que dieron lugar a la **medicalización de la sociedad** emergieron en el siglo XIX y se consolidaron entre 1900 y 1930, a partir de la articulación de tres dimensiones. En primer lugar creció en importancia el lugar del médico en la atención de la enfermedad del paciente, desplazando a figuras como curanderos y familia. La segunda dimensión estuvo en la importancia que la sociedad le dio a estar saludable. El tercer elemento fue la apropiación por parte del colectivo social de valores transmitidos por los médicos y la consecuente modificación de conductas (Barrán, 2002).

Una piedra angular de la construcción social que pasó a ocupar la medicina fue la **normalización del propio cuerpo médico**. Junto al cambio que la disciplina experimentaba en la sociedad, comenzó a regularse la formación de la misma por parte del Estado a través del control de los programas de enseñanza y el otorgamiento de títulos habilitantes (Foucault, 1999, p. 369). En nuestro país, por decreto del 19 de abril de 1882, la facultad de Medicina pasó a ser la única con derecho de expedir el título de doctor en medicina⁸¹. El “nuevo saber”, sustentado en el conocimiento científico y legitimado por la academia, resultó discordante con otras formas de cuidado pre existentes.

⁸¹ Esta resolución tuvo como oponentes en Uruguay a la Junta de Higiene Pública y a la Comisión de Caridad. Reseña Histórica De La Facultad De Medicina Anales De La Facultad De Medicina, Tomo XXI – Año 1936, Nros. 1, 2 Y 3 Fondo Documental Dr. Aron Nowinski – Febrero 2008 1 Los Orígenes De La Facultad De Medicina recuperado en figuras.liccom.edu.uy/_.../figari:vv_aa-los_origenes_de_la_facultad_de_medicina_ el 20 de agosto de 2017.

La intervención del personal médico como el nuevo experto en las enfermedades del cuerpo, elabora a medida que sus prácticas se hacen más efectivas, una conceptualización que se torna excluyente de otras interpretaciones sobre las enfermedades. Los males del cuerpo podían ahora traducirse en leyes comprensibles y gobernables por una terapéutica incompatible con los procedimientos anteriores (Morás, 2000, p. 171).

En este nuevo escenario, todo aspecto clasificable en términos de salud y enfermedad sería pasible de ser medicalizado. Si bien el dispositivo fue extensivo a toda la sociedad, la “población meta” priorizada estuvo compuesta por los sectores subalternos. Por tanto, la tarea socializadora trascendió el campo estrictamente médico, ocupando un lugar prioritario “en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación” (Mitjavila, 1992, p. 44), incluyendo entre otros aspectos: estructura de clases, discriminación étnica, construcción de género, discurso adultocéntrico y estereotipación de la discapacidad.

El lugar ocupado por la medicina en el proceso de **“normalización” del cuerpo social** se constituyó en una herramienta para dar respuesta “a las necesidades experimentadas por la sociedad de ejercer un control sobre los individuos en el cuerpo y con el cuerpo” (Mitjavila, 1992, p. 44). Esta función “normalizadora”, establecida por parámetros de comportamiento desarrollados desde la medicina instituyó normas que involucran una concepción del cuerpo y su vínculo con el entorno, no sólo en situaciones de enfermedad sino también de salud (Menéndez, 1984).

En consonancia, las transformaciones alcanzadas no fueron homogéneas, teniendo mayores resistencias entre las clases bajas y la población del interior del país (Barrán, 2002). La estrecha relación establecida entre el saber médico y el Estado Moderno fundó los cimientos de un proyecto de dominación y disciplinamiento de la clase trabajadora. “En el Novecientos, estas fueron las claves del entendimiento entre el poder estatal y el médico. Había entre ambos solidaridades que provenían de una comunidad de objetivos, el más importante de los cuales era ‘civilizar’ a las masas” (Barrán, 1993 a, p. 174).

Las modificaciones en el campo de la medicina se fortalecieron en diálogo con un nuevo modelo de Estado que desde la **biopolítica**⁸² otorgó trascendencia a la vida, a la reproducción, a la salud y a las causas de muerte de la población. Se buscó incidir en cambios globales, abarcativos de grandes números, regularizando, previniendo, alcanzando nuevos equilibrios.

El control del comportamiento masivo de la población se sustentó a partir de información obtenida con cierta periodicidad⁸³ como estadísticas y datos demográficos sobre nacimientos, casamientos, muertes, incapacidades, enfermedades (endemias y epidemias), sus causas y consecuencias. De acuerdo a cada Estado y a cada momento histórico, se implementó un “conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales, podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder” (Foucault, 2009, p. 15). En Uruguay los datos comenzaron a ser generados con regularidad por parte del propio Estado a través del Registro Civil⁸⁴ y de las insituciones de asistencia.

La relevancia que la salud pública pasó a ocupar en la agenda del Estado Moderno⁸⁵ cooperó con el desarrollo de la medicina y al mismo tiempo, el espacio ocupado por ésta redefinió las políticas estatales, generando transformaciones sustanciales con respecto al período precedente, a nivel del país en general y de las instituciones de asistencia en particular.

Esta dinámica configuró en nuestro país a partir del 1900, un nuevo actor que trascendía a la figura del médico como “agente individual” en su ejercicio profesional. Se consolidó

⁸² La biopolítica tendrá su aparición a principios del siglo XVIII en Europa.

⁸³ Hacia fines de la primera mitad del siglo XVIII comenzaron a realizarse las primeras estadísticas sobre poblaciones europeas, abarcando temas relacionados como nacimientos, muertes, morbilidad, reproducción e higiene.

⁸⁴ Registro del Estado Civil creado el 11 de febrero de 1879 (nacimientos, matrimonios, defunciones).

⁸⁵ “Usualmente, la bibliografía acompaña las referencias al Estado con dos calificativos que suelen usarse alternativamente: Estado Moderno / Estado Capitalista. Se hace alusión, así, a una formación histórica cuyos orígenes se remontan a un largo proceso que atraviesa los siglos XVII y XVIII y que comprende también la institución del Mercado y la formación de una esfera pública (...) la noción de Estado Moderno constituye a éste en el referente del status de ciudadanía que corresponde al individuo y lo erige en el sujeto de los derechos y los deberes que el mismo entraña; y cuya libertad frente a determinaciones de cualquier carácter deberá garantizar este Estado. Dicho de otros modos, el Estado Moderno supone un principio de igualdad de ciudadanos libres, partícipes de una comunidad política (la Nación) que delimita quienes gozan de tal condición o cuales son los requisitos para acogerse a ella” (Grassi, 2003, pp. 13 - 14).

lo que Barrán denominó la “clase médica”, caracterizada por un fuerte componente corporativo. “La ‘clase médica’ primero logró el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar pudo controlar ámbitos claves de la beneficencia pública” (Barrán, 2002, p. 163).

El nuevo control del “cuerpo social”, de la “multiplicidad”, de la “especie”, de la vida misma se superpuso con el control del cuerpo individuo. “Esta nueva técnica no suprime la técnica disciplinaria, simplemente porque es de otro nivel, de otra escala, tiene otra superficie de sustentación y se vale de instrumentos completamente distintos” (Foucault, 2000 a, p. 219). De esta forma, a partir de la nueva etapa comienzan a coexistir dos mecanismos de control que se complementan “la serie cuerpo-organismo-disciplina-instituciones; y la serie población-procesos biológicos-mecanismos regularizadores-Estado” (Foucault, 2000 a, p. 226).

Las diversas epidemias⁸⁶ ocurridas en el Uruguay decimonónico habían tenido un fuerte impacto en la sociedad, por lo que la sensibilidad colectiva fue un campo fértil que colaboró con el nuevo lugar ocupado por la medicina a nivel de la clínica y del Estado. Los resultados obtenidos en base a la “racionalidad empirista” sujeta a ensayo y error, le dieron a la intervención médica una “pretensión de objetividad” que legitimó socialmente su “invasión” en las esferas pública, privada, familiar, personal e íntima (Morás, 2000).

La temprana **transición demográfica**⁸⁷ iniciada en Uruguay con relación a la región⁸⁸ estuvo dentro de los resultados que legitimaron la práctica médica, aunque ésta no fue la única responsable de los mismos.

⁸⁶ Fiebre amarilla (1857), Cólera (1868 y 1871), Fiebre amarilla (1872 y 1873) y Cólera (1886 -1887). Por Sindicato Médico del Uruguay, Los médicos y las epidemias. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/medicos-y-epidemias.pdf>

⁸⁷ La transición demográfica tuvo lugar principalmente en Europa en el siglo XVIII registrándose una Tasa Bruta de Mortalidad del orden del 40 por mil, similar a la tasa de natalidad (Mesle y Vallin, 1995, p.7).

⁸⁸ En América Latina este proceso adquirió características diferenciales y heterogéneas según los países, aunque mantuvo ciertos rasgos compartidos. El rasgo más original de la transición demográfica latinoamericana fue un notable aumento en la fecundidad que ocurrió en forma paralela al descenso en la mortalidad. Sólo Argentina y Uruguay, y parcialmente Cuba, se apartaron de este patrón original y experimentaron un descenso gradual y simultáneo en ambas variables. El resto, es decir, la amplia mayoría de los países latinoamericanos se caracterizaron por una fecundidad desbordante, que se extendió por dos o tres décadas y comenzó a decrecer únicamente en los años 1970 (Brignoli, 2010, p. 15).

Por **Transición Demográfica** se entiende al proceso a través del cual una población disminuye las tasas de mortalidad y natalidad. En los momentos en que ambas tasas son altas o bajas, se registra un estado de equilibrio del que resulta un bajo (o nulo) crecimiento de la población. El motor desencadenante de esta transición se atribuye al descenso de la mortalidad, seguido por un descenso de la natalidad. El período de desfase entre estos descensos, da lugar a la “explosión demográfica” caracterizada por un crecimiento poblacional (Pellegrino, Cabella, Paredes, Pollero, Varela, 2008).

La **Tasa Bruta de Mortalidad**⁸⁹ (TBM) empezó su descenso en Uruguay hacia finales del siglo XIX pasando de 20 por mil en 1880 a 14 por mil en el transcurso de las dos últimas décadas del siglo XIX, para estancarse en la década del 40 en 10 por mil. Con relación a las causas de defunción, entre 1882 y 1908, disminuyeron un 60% las muertes por enfermedades epidémicas sobre el total de enfermedades infecciosas (Damonte, 1993, p. 237).

Si bien a lo largo del siglo XX la disminución de la mortalidad abarcó las distintas franjas etarias, el impacto mayor se registró “entre los niños de ambos sexos de 1 a 4 años (94%) y las mujeres de 15 a 34 años (entre el 91 y 93%)” (Migliónico 2001 citado en Pellegrino, et al., 2008, p. 8). “La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias declina rápidamente, entre 1884 y 1908, por reducción de enfermedades epidémicas, mediante control y aplicación de medidas sanitarias” (Damonte, 1993, p. 223).

En particular, con respecto a la infancia, en el período comprendido entre 1893-1920, las enfermedades infecciosas y parasitarias eran la causa del 80 % de las muertes de los menores de un año⁹⁰; entre 1880 a 1883, los niños menores de 10 años representaban el 51 % del total de muertos⁹¹ (Anuarios Estadísticos de la R.O.U., correspondientes al año 1885, p. 228; 1890, p. 95 y 1895, p. 161 en Barrán, 1990, p. 27). Dentro de este tipo de

⁸⁹ Se denomina **Tasa Bruta de Mortalidad** (TBM) al número de defunciones por 1.000 habitantes en un año determinado (Haupt y Kane, 2003, p. 17).

⁹⁰ Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). La misma expresa “el riesgo de morir durante el primer año de vida y se utiliza mundialmente como un indicador del estado sanitario y el nivel de vida de la población” (UNICEF, 1999, p. 109).

⁹¹ Un siglo más tarde, entre 1975 y 1988, este porcentaje pasó a ser de un 4.6 %.

enfermedades, la diarrea y la enteritis se encontraban entre la primera causa de muerte, seguidas en segundo lugar por la neumonía y la bronquitis.

Como resultado de la disminución de la mortalidad aumentó el porcentaje de población que vivía más años. Los datos en nuestro país indican que la **esperanza de vida**⁹² pasó de los 42 años (entre 1880 y 1885) a 47,9 años (hacia 1900), alcanzó en 1930 los 54,4 años⁹³ (INE), aumentando a lo largo del siglo XX más de 30 años.

Por su parte, la **tasa de natalidad**⁹⁴ descendió de un 50 por mil (año 1880) a un 22 por mil en 1935 (Anuarios Estadísticos de la R.O.U., en año 1998. Prólogo páginas XXVIII y XXX en Barrán, 1990, p. 22). Al igual que en el período anterior, la llegada de inmigrantes europeos tuvo impactos importantes en los cambios demográficos registrados. Si bien éstos provenían de regiones con altas tasas de fecundidad, su misma condición propiciaba procesos de cambio que les facilitaban la adopción de nuevas pautas, “las mujeres inmigrantes, nacidas en países europeos, tenían un número menor de hijos que las nacidas en el país, al igual que las mujeres más educadas” (Pellegrino y Pollero, 1998, citado en Pellegrino, et al., p. 208).

Vinculada a la Transición Demográfica y al debate de las causas del descenso de la mortalidad, se encuentra la **Teoría de la Transición Sanitaria**, la cual postula “un proceso dinámico, donde los patrones de salud y enfermedad aparecen como respuesta a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos que tienen lugar” (Frenk et al. 199 lb: 487 citado en Robles, Vernabau y Benavidez, 1996, p. 132). Ambos fenómenos poblacionales, si bien difieren en su esencia, están fuertemente vinculados (Possas, 1993, p. 98).

⁹² La esperanza de vida al nacer es “una estimación del número promedio de años de vida adicionales que una persona podría esperar vivir si las tasas de mortalidad por edad específica para un año determinado permanecieran durante el resto de su vida” (Haupt y Kane, 2003, p. 28).

⁹³ La esperanza de vida subió en Uruguay a 66,9 años en 1950, 70,3 años en 1980 y 77, 55 años en el 2017 (INE).

⁹⁴ **Tasa de Natalidad** (llamada también Tasa Bruta de Natalidad) es el número de nacidos vivos por 1.000 habitantes en un año específico (Haupt y Kane, 2003, p. 28). ⁹⁵ La producción ganadera no requiere una elevada mano de obra y es justamente en la población rural campesina (población generadora de los productos de subsistencia) donde se constatan los más altos niveles de reproducción.

Uno de los principales aportes de la **Teoría de la Transición Sanitaria**, es el estudio del estado de salud de la población a partir de determinantes sociales, culturales y del comportamiento a escala comunitaria, familiar y/o individual. Relaciona elementos de las teorías clásicas de mejoramiento de la salud pública y de los recursos socioeconómicos como causas del descenso de la mortalidad.

Como parte de las políticas públicas que el Estado uruguayo comenzó a instrumentar, se encuentran las dirigidas al cambio de conductas (bajo la comprensión de que las mismas resultaban un riesgo para la salud pública) y una serie de obras de infraestructura y servicios. Dentro de las últimas se identifican: la asistencia pública domiciliaria, las “casas de aislamiento”, el sistema de cuarentena para los inmigrantes de ultramar, la instalación de hospitales, la limpieza urbana y eliminación de desperdicios, la extensión y atención de la calidad del servicio de agua corriente mediante filtros de arena, la creación de la Liga Uruguay contra la tuberculosis y la implementación del servicio de “gota de leche” para estimular la lactancia materna.

En la misma línea de explicación aportada por la Transición Sanitaria, además de las intervenciones del campo de la medicina a nivel estatal, se destaca la actividad económica basada fundamentalmente en la ganadería extensiva⁹⁵ (dirigida a la exportación). El país se transformó en “productor de alimentos y la disponibilidad de carne como componente importante de la alimentación cotidiana permitió una alimentación básica con alto ingrediente proteico accesible para la mayoría de la población” (Pellegrino, 2003, p. 15).

En el marco de este modelo productivo, el crecimiento de la capital como puerto exportador, llevó a la concentración de población en una ciudad que se encontraba inserta en el sistema económico internacional, contribuyendo a la incorporación de valores de las sociedades industrializadas (ejemplo: sistema educativo laico, gratuito y obligatorio para ambos sexos) y propiciando la adopción de pautas reproductivas “modernas” (Pellegrino, 2003).

⁹⁵ La producción ganadera no requiere una elevada mano de obra y es justamente en la población rural campesina (población generadora de los productos de subsistencia) donde se constatan los más altos niveles de reproducción.

La intervención del Estado en las instituciones privadas

La pobreza en la ciudad y sus condiciones de existencia representaban entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX un doble riesgo. Por un lado, el contagio por las pestes y otras enfermedades infecciosas ya señaladas, por otro, el peligro de sublevación al orden establecido. Era percibida “la posibilidad latente que se extendiera la revolución social y política, y ésta se canalizara a través de las organizaciones obreras incentivadas por el despliegue de las corrientes del pensamiento socialista que comenzaban a ser una influencia gravitante” (Morás, 2000, p. 51). También el riesgo de sublevación provenía de la fragmentación de divisas partidarias en la que estaba inmerso el país.

Coadyugaron así en el involucramiento del Estado en los espacios públicos, tanto la biopolítica y la medicalización de la sociedad, como la necesidad de consolidación de un Estado Nación, orientada por la “noción misma de ciudadanía política y un ideal de integración social uniformizante” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 36). Se buscaba garantizar el acceso a los servicios básicos como un derecho de todos los ciudadanos, más allá de las diferencias de clase y de partido político.

El programa de higiene social promovido por los médicos impulsó una ampliación de la esfera de intervención del Estado por diversas vías. Una profusa legislación, la creación de instituciones y cargos especializados y la extensión de obras públicas de saneamiento, son algunos de los indicadores de esta creciente injerencia estatal en la vida social. Así, cuando en 1916 se reunió el Primer Congreso Médico Nacional, no hubo dudas en votar como conclusión la necesidad de erradicar los "tugurios", "conventillos" y "ranchos" para sustituirlos por casas higiénicas e independientes para cada familia. No hubo vacilación tampoco, en quién debía encargarse de la construcción: el Estado o la Municipalidad (Morás, 2000, p. 193).

La asociación de la medicina con el Estado implicaría no sólo, un cambio en la perspectiva sobre la cuestión social, sino que además le daría fundamentos para tomar el control sobre ciertas instituciones

las fronteras del campo de acción del Estado que definen la intersección entre lo público y lo privado se constituyen y redefinen no solamente a partir de grandes cambios ideológico-políticos, sino también a partir de sucesivos cambios originados en el seno de disciplinas y prácticas específicas (Zimmermann, 2013, p. 99).

La colonización de las instituciones por el aparato estatal bajo la dirección médica implicó un necesario desplazamiento de la organización precedente, la cual se caracterizaba por ser privada y vinculada mayoritariamente con el ámbito religioso. Este movimiento supuso un conflicto que, habiendo comenzado a evidenciarse en la etapa anterior, se radicalizó entre finales del siglo XIX y comienzo del siglo XX durante la presidencia de José Batlle y Ordóñez⁹⁶, derivando en la separación definitiva entre el Estado y la Iglesia Católica.

Las transformaciones registradas se reflejaron en la aprobación de diversas normativas a escala nacional y a nivel de las instituciones. Se estableció una nueva correlación de fuerzas, que legitimó a través del discurso la emergencia de sujetos con nuevos saberes y nuevas racionalidades que hicieron posible un nuevo orden social.

Cuatro episodios registrados entre 1904 y 1906, tuvieron un alto valor simbólico en el proceso de secularización del país, centrando la tensión en las instituciones de asistencia a la salud pública y de caridad.

Un primer suceso a mencionar fue la ruptura con la Cruz Roja en 1904. El evento desencadenante fue la presunción de que esta organización había participado a favor del ejército de Saravia en la confrontación bélica ocurrida el mismo año⁹⁷. Como resultado,

⁹⁶ **Dr. José Batlle y Ordóñez** (1856 - 1929). Periodista y político perteneciente al Partido Colorado. Fundador del diario El Día en 1867. Presidente de la República en dos períodos (1903 - 1907) y (1911 - 1915). Durante su primer mandato el país vivió una guerra civil (1904) donde enfrentó el levantamiento del caudillo Aparicio Saravia perteneciente al Partido Nacional.

⁹⁷ Guerra civil declarada por Aparicio Saravia el 1° de enero de 1904. [**Aparicio Saravia** (1856 - 1904). Militar y caudillo del Partido Nacional. Participó en la Revolución de las Lanzas (1870 - 1872) bajo el

el 25 de enero se decretó “que la Sociedad Cruz Roja de Señoras Cristianas (...) sólo subsistirá (...) como sociedad privada que se propone allegar auxilios voluntarios bajo control de la autoridad pública, y anuló algunos artículos de sus estatutos” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 91).

En el mismo año (14 de junio) se aprobó por ley la creación del Hospital Pereira Rossell. El Artículo 4 de su reglamento interno decía: “será exclusivamente laico con exclusión de toda injerencia de corporaciones o sectas religiosas, condición exigida por el donante Alejo Rosell y Rius” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 92).

Al año siguiente (1905) el conflicto se desató en el Hospital de Caridad y en los Asilos Maternales. Hasta ese momento eran obligatorias dos prácticas religiosas dentro de la institución hospitalaria: la confesión de los pacientes y la participación del personal en las ceremonias. En agosto, a partir de la constitución de una nueva Comisión Nacional de Caridad presidida por José Scosería⁹⁸ se sustituye la Comisión Interna del Hospital de Caridad por otra “con una neta tendencia *liberal*” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 92). El 27 de agosto, la nueva Comisión Interna dictaminó que las prácticas religiosas dentro de la institución quedaban restringidas sólo a quienes tuvieran la voluntad de llevarlas adelante. Al mes siguiente se determinó el retiro de símbolos de religiosidad dentro de las instituciones: las imágenes de santos de los Asilos Maternales y los crucifijos de las salas del Hospital.

Un año más tarde (1906) la Comisión Nacional de Caridad hizo extensivas estas medidas al resto de las instituciones bajo su dependencia. El conflicto suscitado a partir de la última medida fue denominado “*crisis de los crucifijos de 1906*”.

mando de Timoteo Aparicio. Líder del Partido Nacional en el interior del país, protagonizó el alzamiento revolucionario contra el gobierno del Partido Colorado, denominado Revolución de 1897, el que finalizó con el Pacto de La Cruz. Años más tarde (1904) ante la ruptura de dicho pacto se produjo la Guerra Civil. Herido en la Batalla de Masoller, falleció días más tarde en territorio brasileño].

⁹⁸**José Scocería** (1861 - 1946). Dr. en Medicina. Catedrático de Química. Docente universitario, integrante del Consejo Universitario. Decano de la Facultad de Medicina durante el período (1898 - 1904). En el período (1905 - 1910) integró la Comisión Nacional de Caridad, de la cual llegó a ser su Presidente. En 1910 fue nombrado Director de la Asistencia Pública Nacional por el Poder Ejecutivo, cargo que ocupó hasta su retiro en el año 1917.

El conflicto entre ambas instituciones no quedó limitado a los establecimientos de asistencia. En 1907 se “suprimió la referencia a Dios y a los Evangelios en el juramento de los parlamentarios” y en 1908, tuvieron lugar “los primeros proyectos de reforma constitucional que plantearon la separación en la Iglesia y el Estado” (Caetano y Geymonat, 1997, p. 100).

En 1910 se aprobó una serie de normativas de alcance nacional que afectaron las transformaciones registradas en las instituciones de asistencia. Con la **Ley 3.611 se crearon las Inspecciones Departamentales de Higiene** sustituyendo a los Consejos Departamentales de Higiene que habían sido creados en 1895. Se estableció una para cada departamento, quedando a cargo del Inspector Departamental de Higiene⁹⁹.

Dentro de sus obligaciones se encontraban: dirigir las “casas de Aislamiento”, desinfectorios y dispensarios de la prostitución, inspeccionar las escuelas públicas, profilaxis y aislamiento de pacientes infecto contagiosos (gratis para pobres), asistencia gratuita en consultorio o domicilio a menesterosos en capitales departamentales, desempeñar funciones de médico de sanidad marítima, atender la vacunación de su departamento, velar por el ejercicio de las profesiones inscriptas en el Consejo Nacional, informar semanalmente las novedades, sugerir mejoras y alertar inmediatamente sobre el primer caso de enfermedades epidémicas¹⁰⁰. Los fondos para su financiación se obtendrían a través de impuestos (Compilación de Leyes y Decretos, 1910 - b, p. 490).

⁹⁹ Estará integrado por tres miembros, uno de ellos de ser posible médico. Funcionarán “en los pueblos de importancia de los departamentos como auxiliares y corresponsables de las Inspecciones Departamentales de Higiene” (Reglamento de las Comisiones de Higiene en Compilados de leyes y decretos, p. 490).

¹⁰⁰ En los medios rurales, estas responsabilidades serían de los comisarios.

La Ley de Asistencia Pública Nacional

La **Ley 3.724¹⁰¹** de **Asistencia Pública Nacional** se debatió y aprobó en 1910. Considerando las implicancias que la misma tuvo para las instituciones asistenciales, se presentan algunos de los artículos más significativos al respecto y fragmentos de los discursos de su debate parlamentario.

Esta ley supuso un cambio trascendente ya que no sólo nacionalizó la asistencia, sino que substituyó la caridad y beneficencia (que podía merecerse o no) por el derecho a la misma, garantizado en forma gratuita por parte del Estado a todo “individuo indigente o privado de recursos” (Artículo 1 - Ley 3.724).

Otorgar el derecho de recibir asistencia a todo ciudadano, implicó un nuevo movimiento en la implementación de la biopolítica en el marco de la industrialización, incorporando en su población objetivo a aquella excluida de la actividad productiva. A diferencia de los modelos antecedentes, esta población emergente en el nuevo contexto recibiría asistencia con independencia de poseer (o no) capacidades para el trabajo. “En la figura del “pobre menesteroso” que merece la hospitalización, la enfermedad no era más que uno de los elementos de un conjunto que comprendía también la invalidez, la edad, la imposibilidad de encontrar trabajo, la ausencia de cuidados” (Foucault, 1985, p. 92).

La confrontación generada por los cambios propuestos por la Ley, involucró no sólo al Estado y la Iglesia Católica, sino que abarcó a los emprendimientos privados laicos y a buena parte de los sectores políticos. El debate parlamentario de esta iniciativa, en especial en la Cámara de Diputados, evidencia el grado de división que la temática generaba en los distintos sectores de la sociedad.

Los principales aspectos que fueron discutidos en el parlamento se centraron en cuatro puntos: el cargo de Director de Asistencia Pública, la descentralización de la política, la

¹⁰¹ Compilados de Leyes y Decretos, p. 271 R. Tomo 204, pp. 278, 350, 438, Tomo 205, pp. 122, 132, 147, 206, 421; Tomo 206, pp. 14, 43, 84, 134, 181; Tomo 207, pp. 170 - 171. S. Tomo 98, pp. 172 - 174, 174 - 193, 193 - 199.

viabilidad económica y la validez de que el Estado expropiara los bienes a organizaciones privadas.

El debate sobre la dirección de la Asistencia Pública.

Las cualidades y facultades que se proponían y discutían para el ejercicio del **cargo de director de Asistencia Pública**¹⁰² son prueba del lugar que ocupaba la medicina en la nueva organización de la asistencia y del Estado. A pesar de las diferencias planteadas por las dos posiciones contrapuestas, ninguna dudaba acerca de la importancia del conocimiento médico en la asistencia.

El debate se estableció entre quienes opinaban que se debía exigir para su desempeño la formación médica y una experiencia acreditada de ejercicio profesional (se proponía un tiempo mínimo de 5 años) y entre quienes planteaban poner el énfasis de la función en la administración, rodeando el cargo de asesores para instruirlo en aquellos aspectos que requiriesen el conocimiento técnico de la medicina (6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 123).

Quienes consideraban no exigir la formación médica, ejemplificaban su punto de vista con actuaciones de personas conocidas como la del abogado Dr. Luis Piñeyro del Campo¹⁰³ al frente de la Comisión de Caridad. Juan José de Amézaga¹⁰⁴ entendía que “la Asistencia Pública **no se va a ocupar solamente de la asistencia de enfermos** – sería para lo que podrían requerirse las funciones de un médico - sino que tiene por misión la asistencia, cuidado de ancianos, crónicos y desvalidos, de menores”. Más adelante, opinaba que el aspecto médico era uno más dentro de la Asistencia Pública Nacional, y

¹⁰² Diario de Sesiones (1911) Honorable Cámara de Representantes, de la XXIII Legislatura, Tomo CCIV, Tomo 204 (Mayo 7 a Junio 28 de 1910). Montevideo, Imprenta “El Siglo Ilustrado” de G.V. Mariño.

¹⁰³ **Luis Piñeyro del Campo** (1853 - 1909). Doctor en Derecho. Profesor y Catedrático en Derecho Romano en la UdelaR. Fundador del Partido Constitucional en 1881. Ministro de Relaciones Exteriores en 1894. Integrante de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.

¹⁰⁴ **Juan José de Amézaga Landaraso** (1881 - 1956). Doctor en Derecho. Político perteneciente al Partido Colorado, fue electo diputado durante el período (1908 - 1915). Presidente del Banco de Seguros del Estado durante el período (1917 - 1933.) Presidente de la República durante el período (1943 - 1947).

agregaba: “pero no son esas las únicas cuestiones a resolver; un médico puede ser un pésimo director de la Asistencia Pública y un **lego** que no tenga un título de médico puede ser un excelente director” (Amézaga, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 122).

Pedro Manini Ríos¹⁰⁵ apoyaba esta posición expresando que este cargo “va a tener **un ejército de médicos a sus órdenes**. Va a ser como un Ministro de Guerra, civil. Un ministro de la Guerra civil no podría desempeñar su cargo si no tuviera oficinas técnicas que lo asesorasen” (Manini Ríos, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, pp. 127 - 128).

Por su parte quienes reclamaban la formación médica opinaban que la misma era necesaria “porque **estos establecimientos, en su mayor parte, van a ser ocupados por enfermos** – sean estos ancianos, sean enfermos crónicos o agudos. De manera que hay que tener un técnico que sepa al menos cómo se van a regentar estos establecimientos” (Repetto, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 122). Con relación a la complejidad de la tarea expresaba “se necesita tener más conocimientos, y esos conocimientos complejos sólo los puede tener un médico”. Finalmente afirmaba “se pone a un médico porque tiene mejores condiciones que un **profano**. Un profano podrá ser administrador; pero no tendrá conocimientos generales para saber lo que hace falta en un hospital, en un asilo, en una sala cualquiera”¹⁰⁶ (Repetto, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 122).

Resultan en particular significativas las expresiones del Sr. Moratorio Palomeque, por la relevancia dada al cargo y el grado de experticia que entendía que el conocimiento médico, y en particular el especialista en higiene, poseía. Decía en su intervención:

¹⁰⁵ **Pedro Manini Ríos**, (1879 - 1958). Graduado Dr. en Derecho en la UdelaR. Fue electo diputado en 1905 y Senador en 1913 por el Partido Colorado. Ministro del Interior en el período (1911 - 1912). Fundador del matutino La Mañana en 1917. Ministro de Hacienda (1933 - 1934). Ministro de Relaciones Exteriores (1923 - 1924).

¹⁰⁶ Juan José de Amézaga responde: “(...) vale más un profano bien asesorado, que un técnico que procede inconsultamente”.

(...) para ser director de la Asistencia Pública, dentro de esta ley se **necesitará un talento enciclopédico de los más vastos que pueda producir la humanidad**. Esta ley abarca tantas cosas; cuestiones administrativas múltiples y cuestiones científicas de tamaño importancia; y son los defectos que entraña en sí los que tienen que dar lugar a estas discusiones. La Asistencia Pública, en su faz estricta, en todos los países tiene por Director, no sólo un médico, sino un médico especialista en higiene, de los más preparados. Esta es la tendencia de todas las leyes de Asistencia Pública y especialísimamente lo consagran así la ley argentina y otras (...) (Palomeque, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 124).

Joaquín de Salterain¹⁰⁷ por su parte juzgaba que “la higiene” era “una ciencia que recién estaba en embrión” por lo cual opinaba que: “son pocos los que pueden tener autoridad en la materia en este país y mucho menos en esto”, y en respuesta a Palomeque agregaba “Yo no voy hasta el extremo de exigir que en este artículo se ponga que sea un especialista en higiene; eso sería excesivo; pero sí que sea un profesional”, haciendo referencia a la profesión médica (Salterain, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 125).

En los discursos de los representantes, con distinto grado de explicitación, está presente la importancia otorgada a que la dirección del Estado estuviese bajo la responsabilidad de profesionales. Pero entre los distintos saberes, sería el médico el que se convertiría “en el gran consejero y en el gran experto si no en el arte de gobernar al menos en el de observar, corregir, mejorar el “cuerpo” social y mantenerlo en un estado permanente de salud” (Foucault, 1985 a, p.102).

La figura del médico cumpliendo un rol en la Higiene Pública y las políticas resultantes posibilitaría “un modelo de organización social basado en leyes científicas”. Este modelo de “Estado guiado por los científicos era la gran utopía que subyacía en el discurso higienista”, formando parte del “imaginario de la élite gobernante” en Uruguay (Morás, 2000, p. 195).

¹⁰⁷ **José Miguel Joaquín de Salterain** (1856 - 1926). Doctor en Medicina, especializado en oftalmología, fue oculista en el Asilo de Huérfanos y Expósitos. En 1900 fundó el Museo Histórico Nacional. Como periodista colaboró en El Siglo, El Heraldo y fue redactor en La Revista Uruguaya. Político perteneciente al Partido Colorado, fue Ministro de Relaciones Exteriores en el período (1897 - 1898).

Un eje del debate que resulta importante destacar era el requisito del conocimiento médico para la dirección de establecimientos que albergaran a personas (“ancianos, crónicos y desvalidos, de menores”) que no estuviesen necesariamente enfermas, frente a la opinión de que estos “establecimientos, en su mayor parte, van a ser ocupados por enfermos”. La relevancia de estas posiciones está dada por la reedición de las mismas casi un siglo más tarde cuando, en el debate de la ley 17.066 (1998), se reglamente las características que debe de tener el director de los establecimientos de larga estadía.

Cabe señalar algunos términos usados en los discursos de los diputados¹⁰⁸ que dan cuenta de las construcciones simbólicas subyacentes. Se denominaban “profanos” (del latín: *profānus*) a quienes no eran médicos; este término hace referencia a carecer “de conocimientos y autoridad en una materia”, o también de no ser o demostrar respeto por lo sagrado (RAE). Otro término utilizado en el mismo sentido fue “lego”¹⁰⁹, que significa no tener “órdenes clericales”, pero también “falta de instrucción, ciencia o conocimientos” (RAE). Por otra parte, quien ocupase el cargo requeriría un “talento enciclopédico” y “conocimientos complejos” que sólo los podría “tener un médico”.

Una última expresión a mencionar es la que equiparaba el cargo de Director al de “Ministro de Guerra”. Da cuenta de la percepción sobre el Estado y la tarea higienista, así como del rol de los médicos formando parte de un “ejército” que estaría “a sus órdenes”. Al momento de aprobación de la ley, el Artículo 5 estableció la creación del Consejo de Asistencia Pública, constituido por veintidós miembros designados por el Poder Ejecutivo¹¹⁰.

Por su parte el Artículo 8 presentaba el siguiente texto:

Créase el cargo de Director General de Asistencia Pública Nacional el cual será desempeñado por un ciudadano que reúna las condiciones exigidas para ser Senador. El cargo será provisto por el Poder Ejecutivo con la venia del Senado o de la Comisión

¹⁰⁸ Debate del 6 de julio de 1910.

¹⁰⁹ Del lat. tardío *laicus*, y este del gr. *λαϊκός laikós*; propiamente 'del pueblo' (RAE).

¹¹⁰ Se detalla su integración (condiciones necesarias para ser electo senador, miembro del Consejo Nacional de Higiene, médicos de la Facultad de Medicina, médicos de los asilos y hospitales públicos).

Permanente en su caso, y tendrá el sueldo que fije el presupuesto respectivo. El Director durará seis años en sus funciones, pudiendo ser reelecto (Artículo 8 - Ley 3.724).

Al respecto de las condiciones establecidas, el Artículo 30 de la Constitución de 1830 especificaba:

Para ser nombrado Senador se necesita: en la primera y segunda Legislaturas, ciudadanía natural en ejercicio, o legal con catorce años de residencia. En las siguientes, siete años de ciudadanía en ejercicio antes de su nombramiento; y en unas y otras, treinta y tres años cumplidos de edad, y un capital de diez mil pesos, o una renta equivalente, o profesión científica que se la produzca (Artículo 30 - Constitución de 1830).

El debate sobre la centralización estatal.

Un segundo tema en discusión fue a partir del cuestionamiento realizado por algunos parlamentarios sobre la **centralización estatal de la asistencia** que el proyecto de ley proponía. Al respecto había tres líneas de fundamentación opuestas a la misma.

La primera planteaba que se contravenía el Artículo 113 de la Ley Orgánica de Juntas de 1903 vigente, según el cual se delegaba en las Juntas Departamentales las funciones de dirigir y administrar todo lo concerniente a la caridad oficial y a la asistencia pública (13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 44).

La segunda línea planteaba que la dependencia de la asistencia a nivel nacional presentaba una serie de afectaciones a la organización establecida hasta el momento. Entre las dificultades señaladas se encontraba la **homogenización de los servicios** sin considerar las particularidades de cada departamento, así como tampoco las dinámicas de funcionamiento de cada institución. Algunas expresiones daban cuenta de lo rígida y totalizante que era percibida la disposición, proponiendo “que esta ley entonces pudiera experimentar alguna modificación que la sacara de esta fórmula de hierro a la cual no puede escapar nada” (Palomeque, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 96).

Una tercera fundamentación aludía a que la centralización propuesta por el proyecto de ley perturbaba la **autonomía de la administración existente**, entendiendo como invasiva la participación de funcionarios foráneos.

Las transcripciones que siguen a continuación muestran estas perspectivas:

(...) ustedes pretenden traerlos al Estado, y éste nos embute allá empleados de toda especie, **para que hagan todo lo que les dé la gana** en el departamento. Después éste será un **ejército de empleados** que servirá para montar una administración muy hermosa, pero quien sabe si será muy útil al país (...) cabe su término medio: cabe el centralismo, que es indispensable, y cabe la descentralización dentro del cierto límite (Palomeque, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 220).

(...) ese centralismo a que aspira la comisión en su informe, a mi juicio **es impracticable y casi monstruoso** dentro de nuestro ambiente, dentro de nuestra manera de ser (Salteraín, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 224).

Resulta, señor Presidente, que el principio de la centralización existe en la ley, midiendo con el mismo rasero a todas las comunas e instituciones a que se refieren sus artículos, y que de todos modos existe el principio de que se **violan voluntades que deberían ser sagradas** para la Asamblea. Yo me pregunto, señor Presidente, ¿Qué interés verdaderamente práctico y consciente puede tener el legislador, sin ninguna prueba de que será mejor el futuro que el presente de esas sociedades, o de esos institutos de beneficencia, para que de un solo golpe, sin ninguna prueba, absolutamente sin ninguna, **como con un golpe de hoz**, - cambie toda la legislación del pasado por una legislación tan centralista como es ésta?...¿No hubiera sido mucho mejor Sr. Presidente, ir, como se hace siempre, con pasos contados, allí donde se necesitara realmente que el Estado se adueñara, que el Estado ejerciera una **tutela despótica** sobre un hospital, aplicando la ley y no aplicarla allí donde indiscutiblemente los hechos prueban que no se necesita esa tutela despótica? (...) Los departamentos no sólo se **enorgullecen de tener un hospital** por ser hospital nacional; se enorgullecen porque les pertenece a ellos y porque están regidos por los propios departamentos. Olvidar ese principio de autonomía, ese principio de sentimiento local dentro del departamento, es olvidar, señor Presidente, hasta la

manera cómo nos hemos constituido en nación (Roxlo¹¹¹, 13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados¹¹², Tomo 206, p. 52).

Tampoco, yo he sido enemigo de cierto género de centralismo. ¡Cómo me voy a oponer yo, a que el Estado intervenga en cierto género de utilidad, tan pública, tan indiscutible como lo que atañe a la salud. Pero eso no quiere decir que, para el nombramiento – como yo decía hasta la saciedad en la anterior sesión - de un practicante del servicio en Artigas o en Rivera, tenga que pasar por la secuela del consejo, “del Consejo” y del director de la Asistencia Pública, supremo hacedor en estas cuestiones tan delicadas. Cuando el nombramiento de ese señor se haya hecho, los **pobres enfermos** que dependieran de él, es de suponer que se **habrían muerto o se habrían curado solos**. No es cuestión de esperar dos o tres meses a que se produzca ese nombramiento! Si esto no es centralismo **que venga Dios y lo diga**. Naturalmente, que el Estado debe controlar, pero controlar como yo proponía, la asistencia técnica del enfermo. La cuestión administrativa es discutible. Es discutible ¿por qué? Porque - lo saben mis honorables colegas - es **paralizante** (Salterain, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 98).

En contraposición a estas posiciones, se fundamentaba que la centralización ya existía en Uruguay por la ausencia de esta Ley. El argumento era que, debido a las deficiencias que tenían las instituciones de asistencia fuera de Montevideo, los enfermos de los restantes departamentos debían trasladarse a la capital del país para ser asistidos.

Por este proyecto se va a descentralizar la Asistencia Pública. Actualmente la asistencia en nuestro país está más centralizada que en ningún otro; está más centralizada porque no hay verdaderos establecimientos en ningún departamento que puedan llenar las necesidades de la región que pretenden servir. **Toda la asistencia pública se concentra en la capital de la República**. A la Capital vienen los enfermos, vienen los desvalidos de toda clase, y a eso es a lo que verdaderamente se le puede denominar centralismo de la caridad nacional. Actualmente, por más buena voluntad, por la mejor voluntad que indudablemente despliegan las meritorias Comisiones que tienen a su cargo la dirección de estos establecimientos departamentales, por la falta de organización, por la falta de

¹¹¹ **Carlos Félix Roxlo y Miralles** (1861-1926). Poeta, periodista y político perteneciente al Partido Nacional, llegó a ser electo diputado y senador. Integró la Asamblea Nacional Constituyente de 1916.

¹¹² Diario de Sesiones (1910) Honorable Cámara de Representantes, de la XXIII Legislatura, Tomo CCVI, Tomo 206. Secciones Extraordinarias (Agosto 9 a Octubre 5 de 1910). Montevideo. Imprenta “El Siglo Ilustrado” de G.V. Mariño.

recursos o de medios, no pueden llenar de ninguna manera sus fines. Algunos los llenan pero de una manera muy deficiente (Manini Ríos, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 89).

En el mismo sentido, haciendo referencia al déficit de la asistencia fuera de Montevideo, otro diputado realizaba la siguiente intervención:

(...) hay multitud de informes que obran en la Comisión de Caridad, de comisiones especiales nombradas para dictaminar sobre el estado de los hospitales cuando han pedido subvenciones, y todas ellas dicen lo mismo: hacen notar la falta de médicos, la deficiencia de la asistencia, la mala administración; en fin, todo malo, nada bueno. Tengo a la vista un informe referente al hospital de San Fructuoso, dice: la situación del hospital de San Fructuoso, la más precaria por cierto acusa **una asistencia de solo 11 enfermos por mes (datos de 1903 y 1904)**. Este solo dato demuestra elocuentemente el escaso servicio que presta al mismo departamento (Lagarmilla¹¹³, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 100).

Desde las posturas más extremas se acusaba al Estado de perseguir con esta ley el “monopolio de la caridad” a lo que se respondía que la ley proyectaba la coexistencia de ambos tipos de instituciones.

(...) se ha dicho, por una parte por el doctor Salterain, o por lo menos se ha querido decir, que estábamos en presencia de un **verdadero monopolio de la Caridad por parte del Estado**, de que pretendíamos **destruir la caridad privada** (...) El artículo 12 dice en su inciso 2º: oyendo al Consejo de Asistencia Pública y al Director General, subvencionar dentro del límite de los fondos disponibles a instituciones privadas de caridad y beneficencia. Esto de que los Poderes públicos puedan subvencionar a instituciones supone el reconocimiento expreso por la letra de la misma ley, de que esas instituciones de caridad deben existir. De manera, pues, que el argumento de que se trata de monopolizar la caridad en manos del Estado, no tiene valor de ninguna clase (Manini Ríos, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 88).

¹¹³ **Eugenio Lagarmilla** (1877 - 1970) Doctor en Derecho. Integrante de la Asamblea Nacional Constituyente (1916). Decano de la Facultad de Derecho en los períodos (1917 - 1920) y (1924 - 1927). Político perteneciente al Partido Colorado fue miembro de la Cámara de Representantes y Ministro del Interior durante el período (1927 - 1932).

Es interesante hacer notar las estrategias argumentativas de cada uno de los sectores. Mientras que la perspectiva defensora del proyecto de ley se basaba en datos de la situación existente desde la evidencia empírica que caracterizaba el “racionalismo científico”, quienes se oponían hacían referencia a situaciones futuras cargando los discursos de frases efectistas que apelaban a los sentimientos. Desde esta perspectiva se invocaba a Dios (“que venga Dios y lo diga”), se hacía referencia a los “pobres enfermos” que como consecuencia de las nuevas disposiciones “habrían muerto o se habrían curado solos”, y se calificaba la acción estatal como “un golpe de hoz”, de “tutela despótica”, “impracticable”, “paralizante”, “casi monstruoso”, en la que un “ejército de empleados” harían “todo lo que les dé la gana”, violándose con esta reforma “voluntades que deberían ser sagradas”, en detrimento de las iniciativas particulares, la identidad de las instituciones y el orgullo local por las mismas. Esta “reforma sanitaria” terminó legitimando:

(...) un nuevo personal hacedor y ejecutor de las políticas de gobierno: médicos y planificadores urbanos con las nuevas armas del racionalismo científico, entrarán en franca confrontación con las mentalidades e influencias heredadas, siendo uno de los terrenos privilegiados de esta batalla el control de la administración del aparato estatal (Morás, 2000, p. 118).

Las resistencias planteadas podrían vincularse entre otros factores con la pérdida de control local sobre los establecimientos de asistencia. Esta afectación del poder impactaba en más de un sentido: en los actores a cargo hasta entonces (personas, caudillos, instituciones, grupos sociales), en las prácticas de gestión dominantes (cultura institucional) y vinculada a las anteriores, en la distribución de recursos materiales hacia la población. Esta última debía virar desde prácticas filantrópicas apoyadas en una lógica de merecimiento (control social local mediado por la proximidad de las relaciones interpersonales) a prácticas de asistencia instrumentadas a través de políticas públicas, sustentadas en un derecho de ciudadanía (anonimato).

Por su parte, el derecho de ciudadanía suponía consolidar una “categoría expansible tanto en términos de los individuos que la conforman (la base social) como, consecuentemente,

de los derechos que la definen” y a su vez implicaba “la ampliación del status de ciudadanía” con la consecuente “ampliación progresiva de la estatalización de la sociedad” (Grassi, 2003, p. 19).

Con relación al modo en que se estableció el debate por parte de los representantes médicos y de las características de sus propuestas, Morás entiende que los mismos promovieron “un modo racional, pragmático y secular de discusión política, al poner en primera línea los "peligros" que surgían con las crecientes interdependencias y asignarle un papel al Estado en la instrumentación de las políticas sociales que atenderían sus efectos negativos” (Morás, 2000, p. 195).

Finalmente, la nueva ley aprobada quedó bajo la dependencia del Ministerio del Interior y abarcaba establecimientos nacionales y departamentales. En el Artículo 2 se le otorgaba la potestad de organizar el funcionamiento “de los establecimientos y servicios” que dieran respuesta a las “necesidades sociales”, entre las que menciona la “asistencia y protección de ancianos desamparados, inválidos y crónicos”¹¹⁴. Se declararon “bajo la dirección y administración de la Asistencia Pública Nacional todos los establecimientos nacionales o municipales” (Artículo 3 - Ley 3.724) que respondieran a los fines del Artículo 2.

El debate sobre la viabilidad económica.

Un tercer tema de debate se centró en la **viabilidad económica de la asistencia**, referida tanto a si las fundaciones podían subsistir sin el apoyo financiero estatal, como a si el Estado podía quedar a cargo de la misma. “Yo he preguntado varias veces a mis honorables colegas, si el país tiene capacidad gastando lo que gasta ya para gastar uno o dos millones más en asistencia pública” (Salterain, 9 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 20).

¹¹⁴ También se mencionaba la asistencia de enfermos y cuidado de alienados, asistencia y tutela a niños desamparados, asistencia y protección de embarazadas y parturientas y protección a la infancia.

Las posiciones diferían acerca del grado de participación que debería tener el Estado. También se debatió acerca de los medios más idóneos para obtener el financiamiento (impuestos y donaciones) y de la relación costo/beneficio en función de la eficiencia de la gestión público/privado, así como del tipo de prestación que debería brindarse en cada caso.

Con respecto a las **formas de recaudar fondos** para financiar la Ley de Asistencia Pública Nacional se propuso el cobro de impuestos a los espectáculos, fundamentando que es un “impuesto de los pobres” que se le cobra al público que se “divierte” (Amézaga, 7 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 161). Se debatió también si cobrar a todos los espectáculos, fueran o no con fines benéficos, con el fundamento de controlar los fraudes. Otra diferencia se centró en el porcentaje con el que se gravarían los espectáculos en Montevideo y en “la campaña”, ya que si se aplicara del mismo modo, seguramente no fuera sustentable llevar obras de teatro al interior del país¹¹⁵ (López, 6 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 162).

Los gastos de “estatizar la caridad” fue otro aspecto polémico. Algunas posiciones sostenían que aumentarían los costos y disminuirían los beneficios con relación a la iniciativa privada. Desde esta perspectiva se admitía la dificultad de demostrar esta afirmación ya que se desconocía el aporte de la población a través de la caridad, debido a que “las instituciones de carácter particular, carecen de memorias y datos ilustrativos” (Salterain, 14 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 421).

Aun así, estas afirmaciones podían verificarse en situaciones particulares, como era el caso de la “acción de la caridad oficial con la acción de una sociedad, de una institución de iniciativa individual, subvencionada por el Estado: me refiero a la Liga de la Tuberculosis, cuyos datos poseo”. Al mismo tiempo, se entendía de que no sólo era mayor el costo de mantenimiento si el Estado se hacía cargo, sino que el aporte de la caridad

¹¹⁵ Se resuelve en Cámara de Senadores gravar con un impuesto del 6 % en Montevideo y 3 % en la campaña sobre entradas y localidades de obras teatrales y espectáculos públicos (Diario De Sesiones H. Cámara De Senadores, República Oriental Del Uruguay, Tomo XCVIII, Años 1910 - 1911, Sesiones Extraordinaria Del 3° Período, De La XXIII Legislatura, 27 Sesión Extraordinaria. 21 De Octubre De 1910. Montevideo, Imprenta Y Librería Tolosa. p. 170).

sería menor, debido a que “desenvuelve menos el sentimiento de la pública filantropía; resulta que gasta mucho más, y resulta que es mucho más cara: está demostrado eso” (Salterain, 14 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 423).

En este contexto argumentativo, se analizaban las diferencias entre las prestaciones públicas y privadas considerando dos variables: los profesionales que estarían dispuestos a trabajar en forma honoraria para una fundación pero no para el Estado; el tipo y calidad de asistencia que debería de prestar una dependencia estatal y una privada.

Así por ejemplo, los hospitales de campaña se sirven hoy con el esfuerzo abnegado de los facultativos, que no cobran nada por esa asistencia, y se me dirá: lo mismo sucederá cuando pasen al Estado! ...¡Ah! No (...) habrá, sin duda, un grupo de elegidos de cinco o seis abnegados, que dirán : sí, señor, pero la inmensa mayoría, no (...) Ahora, un hospital en las condiciones en que está actualmente, podrá tolerar su situación; peor cuando se trata del estado, no, porque se tiene que ser mucho más exigente, porque el Estado debe satisfacer ciertas necesidades que la caridad privada a veces no puede satisfacer; son las siguientes: **se tolera que un hospital de iniciativa particular esté en condiciones más o menos higiénicas; pero no es tolerable que el Estado mantenga un hospital, donde están hacinados tuberculosos y no tuberculosos, donde no hay una casa de aislamiento, donde no hay material de desinfección; ¿qué significa eso si se recurre a los números?** (Salterain, 14 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 424).

El aumento de los gastos de administración¹¹⁶ al estatizar la asistencia era otro de los rubros considerados por quienes se oponían a las reformas planteadas por la ley, brindando datos que verificaban sus afirmaciones. En respuesta, el diputado Domingo Arena¹¹⁷ planteaba “(...) si fuera cierto esto de que el Hospital de Caridad gastara 54.000 pesos por administración, sería cuestión de que se destituyera inmediatamente a toda la

¹¹⁶ Se discute qué rubro entra en los gastos de asistencia y cuáles en los de administración (sueldo de los médicos, enfermeros y farmacéuticos, porteros).

¹¹⁷ **Domingo Arena** (Italia 1870 - Uruguay 1939). Periodista, trabajó en el diario El Día del cual llegó a ser Director en el año 1904. Graduado como Farmacéutico en la Facultad de Medicina. Doctor en Derecho. Político perteneciente al Partido Colorado. Electo Diputado y luego Senador, fue además miembro del Consejo Nacional de Administración.

Comisión de Caridad” (Arena, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 141).

Por su parte, quienes defendían la viabilidad económica del proyecto de Ley fundamentan que el Estado ya se estaba haciendo cargo de buena parte de los costos que permitían sostener estas instituciones. Se presentaba la situación de cada hospital, especificando cuánto había recibido por concepto de donaciones y cuánto de apoyo por parte del Estado en los últimos años. Un ejemplo era el caso del Hospital de Minas que había recibido en el año \$ 5.416 del Estado y sólo \$ 66 por concepto de donaciones (18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 107). También se manejaron los costos que tenía la internación de cada asilado: “en Manicomio Nacional son 7 pesos lo que se gasta por cada asilado, en inválidos y crónicos, pesos 9,40; en huérfanos 12; en aislamiento pesos 22, y en asilos maternales 1,85” (18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 206, p. 102).

Hay por lo menos dos elementos presentes en las construcciones discursivas del debate de este punto en los que merece detenerse. El primero refiere a las diferencias admitidas en la prestación de asistencia según sí el establecimiento era dependiente de la órbita privada o estatal (se menciona el “hacinamiento de **tuberculosos y no tuberculosos**”, “**los materiales de desinfección**” y “**las condiciones higiénicas**”). Esto resulta significativo por dos motivos: por una parte da cuenta de que la incidencia del higienismo era todavía incipiente y parecía ser sólo una cuestión de Estado; por otra, como se verá más adelante, en la segunda mitad del siglo XX se diferencian las exigencias hacia los establecimientos de asistencia a la vejez según sean públicos o privados (enfaticándose los requerimientos sobre los emprendimientos privados).

El segundo contenido de los discursos a destacar es el diferente posicionamiento de los profesionales, replicando la filantropía de las instituciones privadas en sus prácticas, pero no la asistencia pública gratuita del Estado.

Los debates sobre el financiamiento de la nueva ley finalizaron con la aprobación de diversos recursos destinados a sustentar la Asistencia Pública Nacional (artículos 14 - 15 - 16 y 17 de la Ley 3.724). Además de una serie de transformaciones administrativas y

financieras¹¹⁸, se aprobó la posibilidad de utilizar fondos para subvencionar instituciones privadas de caridad y beneficencia. Esto tiene una doble implicancia: la viabilidad de lo establecido a través de los fondos públicos y el apoyo a instituciones privadas más allá de la estatización de la asistencia.

El debate sobre la expropiación de los bienes de las iniciativas privadas.

Un último tema a destacar del debate sobre el proyecto de Ley, estuvo referido a la **expropiación por parte del Estado de los bienes administrados hasta entonces por las organizaciones privadas encargadas de la beneficencia**. El Artículo 18 sobre el que se establecía la discusión proponía:

Los establecimientos, servicios, fondos, bienes, derechos, facultades, cometidos y obligaciones que hoy tiene o ejerce la Comisión Nacional de Caridad se traspasarán a la Asistencia Pública Nacional. Los establecimientos departamentales de carácter nacional o municipal, y los cometidos o facultades de la Asistencia pública domiciliaria y de la Asistencia Nocturna de Urgencia de la Capital, se traspasarán también a la Asistencia Pública (8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 206).

Las estrategias de las fundamentaciones expusieron en forma reiterada los contenidos de las legislaciones sobre la temática desarrollada por países como Bélgica, Francia, e Italia. Tal era el grado de referencia a experiencias extranjeras que en un momento del debate se fundamentó haciendo mención a la ausencia de las mismas:

yo invito a que me citen casos como los que ocurren en el Uruguay, en que la iniciativa de personas piadosas, más o menos equivocadas – yo no discuto eso – han fundado instituciones de asistencia que las han sostenido, parte con su peculio, parte con peculio del Estado, y que el Estado haya dicho: eso es mío (...) Instituciones de beneficencia,

¹¹⁸ La ley señala competencias administrativas y financieras. Se crea el cargo de Director General de Asistencia Pública Nacional y sus competencias administrativas. Reglamenta el ingreso de empleados administrativos y técnicos (concurso).

hasta el cansancio, unas religiosas o con carácter semireligiosas, otras laicas (Salterain, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 222).

Con respecto al contenido de la discusión, uno de sus ejes centrales se condensa en la pregunta formulada por el diputado Ismael Cortinas: “**¿Existe el derecho de declarar establecimiento nacional y de incorporar sus bienes y fondos a la Asistencia Pública,** como lo establece el art. 18, tratándose de instituciones privadas como la que he mencionado?” (Cortinas, 7 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 159).

La respuesta a esta pregunta derivó en tres líneas de debate: el alcance jurídico de las fundaciones privadas, el conflicto con otras leyes vigentes y las características de las instituciones incluidas en la ley.

Las características jurídicas de los emprendimientos privados.

En la discusión referida a las características jurídicas de las instituciones privadas, quienes fundamentaban el **derecho del Estado a expropiar sus bienes** expresaban:

(...) las donaciones que se hacen a un fin determinado; las donaciones que se hacen a abstracción personificada, a un hospital, a un asilo, no son donaciones que se hacen a una Comisión, ni para que tales personas las administren, ni que creen comisiones de señoras o de hombres con calidad de propietarios; porque sostener que la Comisión de Señoras que dirige el Hospital de San José, o cualquier otra por el estilo, es propietaria de esos hospitales, es sostener, desde el punto de vista jurídico, una enormidad. La característica esencial del derecho de propiedad es elemental: es el derecho de usar, de gozar y de abusar de una cosa. Pues bien: **ni esas Comisiones tienen el derecho de usar, porque no usan - los que usan la cosa son los desvalidos – ni el derecho de gozar: no la disfrutaban, ni pueden disfrutarla; ni el derecho de abusar, porque no pueden venderla** (Amézaga, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 210).

Pedro Manini Ríos, defendiendo la misma posición argumentaba que **una fundación es un “ente moral que debe administrar los bienes”, por lo cual no habría propietarios,**

los beneficiarios son los pobres y no las comisiones que sólo pueden administrarlas. Por tanto, si esa es la función se preguntaba y respondía “¿quién puede asumir la vigilancia, la defensa de esos derechos, la alta administración de su patrimonio? No es más que el representante más autorizado de la sociedad, que no es otro que el Estado” (Manini Ríos, 13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 56).

Con relación al carácter jurídico de las instituciones se discutía también el derecho a ser heredadas, bajo determinadas condiciones¹¹⁹ establecidas en el legado, que impidieran ser absorbidas por el Estado (20 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, pp. 153 - 154). Al respecto cabe transcribir algunas fundamentaciones dadas en el marco del debate que apoyaban la idea de la expropiación:

Fundación es sencillamente toda donación o legado que se hace, destinando una cantidad de dinero a un fin de utilidad pública. Eso es fundación, y con arreglo al principio jurídico que rige toda clase de fundaciones, el Poder público conserva siempre el derecho de legislar la situación de esas fundaciones (Amézaga, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 207).

(...) el señor diputado Ponce de León¹²⁰, para justificar su afirmación de que las Comisiones de beneficencia son propietarias, dice que han recibido el derecho de propiedad sobre los bienes que administran en virtud de un legado modal. El legado, señor Presidente, sea nodal o sea puro y simple, tiene por condición esencial el transmitir la propiedad; no puede existir un verdadero legado si no trasmite la propiedad de la cosa legada. El mismo Código Civil establece como condición esencial para que exista

¹¹⁹ Por ejemplo el hospital de San José es donado por Don Antonio María Pérez para ser administrado por Comisión de señoras. Se fundamenta que “el legado del doctor Antonio María Pérez a la Sociedad de Beneficencia que se había establecido en San José en 1881, fue hecho en el año 1884. Este señor, que era abogado, previó, con una clarividencia profética, lo que podía pasar en el provenir, que el Estado le arrebatará a la Sociedad de Beneficencia esos bienes, y puso en el testamento que dejaba diez y ocho y tantos mil pesos para la fundación de un hospital en San José, siempre que fuera administrado por la Sociedad de Beneficencia, y en caso de por cualquier circunstancia pasara al Estado ese hospital, los albaceas quedaban autorizados para reivindicar para sus herederos esos bienes. Eso está en el testamento del doctor Pérez” (Ponce de León, 9 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 26). En contraposición se alega que no pudo al Asociación de San José ser heredera del legado ya que no estaba constituida como personería jurídica, persona moral “al momento de morir el causante que es el momento en que se abre la sucesión” (Manini Ríos, 18 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 87).

¹²⁰ **Vicente Ponce de León** (1859 - 1941) Político perteneciente al Partido Nacional. Fue electo diputado durante los períodos (1905 - 1911) y (1917 - 1920).

semejante legado, que se trasmite con la propiedad de la cosa¹²¹. Ahora yo le pregunto al señor diputado si él cree que la Comisión del Hospital de San José, como las que dirigen las demás casas de beneficencia de la República, disfrutan de esos legados como cosa suya, es decir, como cosa propia, como propiedad y que puedan, por consecuencia, enajenarla, cuando quieran. No hay ninguna Comisión que se encuentre en esas condiciones¹²² (Manini Ríos y Ponce de León, 13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 55).

Se discute “el pretendido derecho de los Poderes públicos de desconocer ciertos actos que manifiestan una voluntad expresa, y que llegan hasta querer quitar la propiedad que se ha entregado a determinada corporación que tiene personería jurídica (...)” Más adelante se agrega: “Creo que esto podría originar muy serias dificultades y tal vez pleitos entre esas corporaciones públicas y el Estado” (Rodríguez, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, pp. 207 - 208), posición apoyada por otras intervenciones que advierten la existencia de conflictos “siempre que se les atropelle de este modo el derecho de propiedad” (Palomeque, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 208).

El conflicto con otras leyes vigentes.

Una segunda línea de debate con relación a la expropiación de bienes es la que considera el conflicto con las reglamentaciones vigentes. Quienes se posicionaban en contra de la estatización consideraban que se contravenían tres normativas. Alegaban que la Ley de Asistencia Pública sería violatoria del **Artículo 144¹²³ de la Constitución de la República** “que hace sagrado e inviolable el derecho de propiedad”. También consideraban que iría en contra del **Artículo 21 del Código Civil** que expresaba que todas las instituciones caritativas “son capaces en derechos y obligaciones” (Ponce de León, 9

¹²¹ Ponce de León interrumpe en este punto del discurso para decir: “Estamos de acuerdo”.

¹²² Ponce de León contesta: “Porque ellas mismas en sus estatutos han puesto eso” a lo que Manini Ríos expresa: “Es porque hay prohibición expresa” (Manini Ríos y Ponce de León, 13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 55).

¹²³ **Constitución de 1830**; Artículo 144: “El derecho de propiedad es sagrado e inviolable: a nadie podrá privarse de ella sino conforme a la Ley. En el caso de necesitar la Nación la propiedad particular de algún individuo para destinarla a usos públicos, recibirá éste del Tesoro Nacional una justa compensación”.

de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 30). En tercer lugar se entendía que se estaba desconociendo la **Ley de Juntas de 1903** que otorgaba el derecho a los hospitales de tener propiedades (Ponce de León, 9 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 30).

Las instituciones comprendidas en el Artículo 19 de la Ley de Asistencia.

Lo dispuesto en el Artículo 19 en relación a ser declarados establecimientos nacionales aquellos “fundados o sostenidos con recursos públicos o por suscripciones populares, o que hayan gozado de excenciones [sic] de impuestos”, volvió a poner en debate el financiamiento de las instituciones, ya no en términos de viabilidad económica, sino de delimitación de los emprendimientos abarcados por la Ley.

Quienes apoyaban este artículo entendían que todas las organizaciones estaban comprendidas, ya que las iniciativas privadas no hubieran subsistido si el Estado no hubiera aportado fondos hasta el momento (8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 214). Aun así, se debatía si éste era motivo suficiente para quitarles la propiedad. Se fundamentaba que el apoyo del Estado había tenido como contrapartida que las instituciones asistieran a grupos de población que de otro modo no estarían cubiertas: “No recibirían ni a los soldados, ni a los heridos, ni a los presos, ni prestarían todos esos servicios que hacen al Estado en compensación de la subvención” (Ponce de León, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 219).

Los legisladores que **no estaban de acuerdo con la expropiación** buscaron diferenciar la situación de las fundaciones según tuvieran o no personería jurídica. Expresaban: “(...) a mí me parece que una sociedad que tiene personería jurídica está garantida por la ley y que los bienes que adquiere son suyos” (Ponce de León, 13 de agosto de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 48).

Por último, se puso en cuestión si organizaciones como los hospitales Italiano, Español e Inglés, que eran iniciativas privadas y se sustentaban con fondos particulares, pero habían sido exonerados de impuestos, quedarían también incluidos en este artículo. El diputado Juan José de Amézaga argumentaba en oposición a esto: “No es porque sean extranjeros; es porque no están en el caso de la ley, porque son instituciones que se han fundado en otra forma y con otro carácter: los sostiene una sociedad de extranjeros, para los extranjeros” (Amézaga, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 215). Otros discrepaban fundamentando que también atendían al público en general.

El Artículo 19 finalmente aprobado expresaba:

Los Hospitales o Asilos departamentales que hayan sido fundados o sostenidos con recursos públicos o por suscripciones populares, o que hayan gozado de excenciones de impuestos, son declarados establecimientos nacionales, y los fondos y bienes de estas instituciones se traspasarán a la Asistencia Pública Nacional (Artículo 19 - Ley 3.724).

La respuesta de las iniciativas privadas.

Como se planteaba anteriormente, el conflicto generado por la estatización de la asistencia no se restringió a una tensión entre el Estado y la Iglesia Católica, sino que abarcó a otros emprendimientos privados. Aportan a comprender la perspectiva de las organizaciones privadas dos notas presentadas al parlamento. Una de la fundación administradora del Hospital de Minas y otra de la Sociedad de Beneficencia de San José.

La nota de la fundación administradora del Hospital de Minas dirigida al Presidente de la Honorable Cámara de Representantes, doctor Don Antonio M. Rodríguez, con fecha el 12 de octubre de 1909 solicitaba:

(...) tenga presente que al interpretarse por el honorable cuerpo legislativo el artículo 13 de la ley orgánica de juntas, relativo a la caridad oficial, ha quedado establecido que el

Hospital de Caridad de Minas es de carácter particular, por los arbitrios con que se fundó y se ha sostenido, y lo que es más: por la propia voluntad de los fundadores. También ruega a la Honorable Cámara de Representantes que pueda tener presente por el interés que pueda tener para la beneficencia pública que la generalidad de los hospitales de campaña han sido fundados por la iniciativa privada, que no conviene desestimar y quitarle estímulos y que la exclusión de médicos y farmacéuticos de las comisiones administradoras como proyecta el Poder Ejecutivo, puede traer por consecuencia que estos profesionales no presten servicios gratuitos como sucede en el Hospital que esta Comisión tiene el honor de administrar y entonces serían necesarias rentas muy superiores a las actuales para el funcionamiento de esta casa de caridad. Firma: vicepresidente Juan Zeballos y Maguna Secretario (8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, pp. 206 - 207).

La segunda nota, presentada por la Sociedad de Beneficencia de San José¹²⁴ al Senado de la República con motivo del debate de la ley de Asistencia Pública¹²⁵ (26 de octubre de 1910, Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII. 1910 - 1911, p. 177) fundamentaba: “en base al derecho de petición que nos consagra el Artículo 142 de la Constitución de la República” se entendía a la “asociación como persona jurídica capaz de derechos y obligaciones civiles”. En la nota se detallaba el origen privado de los fondos a través los que se construyó el hospital de San José por la Sociedad de Beneficencia de Señoras. Para transmitir el sentido de su trabajo se citaba un artículo del reglamento de la Asociación:

visitar a los pobres y auxiliarlos con los socorros de que pueda disponer la asociación, dar asilo y cuidado al enfermo indigente; discernir premios de honor a las personas que se distinguieran por hechos meritorios de virtud, abnegación o heroísmo; propender, por la enseñanza de un arte u oficio, a mejorar la condición de los niños pobres y, en general, hacer el bien en toda la extensión que le sea posible”, agregando al respecto que se trataba de una “obra eminentemente patriótica, encauzando en el más simpático de los ideales la

¹²⁴ Nota firmada por la presidente y prosecretaria de la Sociedad de Beneficencia de San José Natividad L. de Herrera y Luisa D. H. de Arias en 28 Sesión Extraordinaria, celebrada el 26 de octubre de 1910 en Debate parlamentario sobre ley de salud pública en Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores, República Oriental Del Uruguay, Tomo XCVIII, AÑOS 1910 - 1911, Sesiones Extraordinaria del 3° Período, de la XXIII Legislatura, Montevideo.

¹²⁵ Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII. Montevideo, 1910 - 1911. Imprenta y Librería Tolosa, calle Justicia, N° 87, 1912.

poderosa actividad de la mujer uruguaya”. Se cuestionaba el proyecto de ley argumentado que no podían “nunca sospechar que en nuestra patria se dictaran leyes que prohibiesen el ejercicio excelso de la caridad y la despojación [sic] sin motivo, y sin explicación plausible del asilo de consuelo que han constituido y constituyen su legítimo orgullo (Artículo 2 de la Sociedad de Beneficencia de San José, Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII. Montevideo, 1910 - 1911).

Entre otros servicios que llevaba adelante el hospital estaba el tener “capacidad para 120 enfermos de ambos sexos” y haber prestado “asistencia gratuita a guardias civiles y soldados de la guarnición, gratuidad que no han dispensado otros hospitales” (Diario de Sesiones. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII. 1910-1911, p. 176). Agregaba: “El dispensario del hospital da medicamentos a los pobres de la población y provee de ataúdes también gratuitamente, a todos los menesterosos”.

Finalmente, si aún después de estos argumentos era aprobada la ley, se solicitaba la compensación económica a la Asociación. La nota dirigida al Senado opinaba al respecto:

Comprendo que decida la autoridad pública a crear hospitales departamentales, no necesite en adelante continuar subvencionando a los hospitales particulares. Si esto tan sólo se hiciera, nuestra sociedad de Beneficencia continuaría haciendo el bien, aunque restringido a sus modestas posibilidades. Comprendería también que la autoridad pública, necesitando de nuestra propiedad particular, nos la exigiese con todas las salvaguardias constitucionales” Se cita el Artículo 144 de la Constitución de la República “en caso de necesitar la Nación de la propiedad particular para destinarla a usos públicos, el Tesoro Nacional otorgará la correspondiente compensación” (Diario de Sesiones. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII, 1910 - 1911, p. 177).

Uno de los argumentos centrales en el debate parlamentario para desestimar las solicitudes realizadas por el Hospital de Minas, y las restantes instituciones, lo expuso el diputado Juan José de Amézaga. Para su fundamentación, daba lectura a una solicitud de fondos realizada tiempo atrás al parlamento por la fundación administradora del Hospital de Minas. En un fragmento leído de esta solicitud se expresaba:

La previsión lamentablemente se cumplió: las obras iniciadas, que comprenden el pabellón de mujeres y una maternidad, quedaron efectivamente sin concluir y sin poder, por tanto prestar ningún servicio: faltan las galerías, las escaleras, la pequeña sala de cirugía de urgencia y todas las dependencias de la planta baja, incluyendo puertas y ventanas. A nadie escapará que esta construcción inconcluída, inhabilitada y sometida sin defensas exteriores a una intemperie rigurosa, está destinada a la ruina inevitable (lectura realizada por Juan José de Amézaga de solicitud del Hospital de Minas, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 210).

Una vez compartido este antecedente, el diputado Amézaga fundamentaba su oposición aludiendo a los fondos aportados por el Estado para la subsistencia de los hospitales:

Entonces, vinieron al Cuerpo Legislativo y se presentaron solicitando un auxilio del Tesoro Nacional (...) y fue decretado un auxilio de 6.000 pesos. Por consiguiente, no es exacto que el hospital se haya construido y sostenido sólo con recursos de orden privado. Además la Comisión de Caridad lo subvenciona y además tiene rentas especiales, como todos los hospitales de campaña, votado por el Cuerpo Legislativo para su sostenimiento. Pero hay algo más grave, señor presidente. El cuerpo legislativo impuso, como condición de su donación o contribución de 6.000 pesos, que fue aceptada, que el hospital de caridad de Minas quedara sometido a las disposiciones vigentes o a las que se dicten en adelante sobre Asistencia Pública (...) este caso del Hospital de Minas, que no es el único, porque no hay un solo hospital de campaña que se sostenga con sus recursos: todos, absolutamente todos se sostienen y mal, gracias a los recursos que han obtenido del Estado (Amézaga, 8 de julio de 1910, Cámara de Diputados, Tomo 205, p. 210).

El debate en la Cámara de Senadores.

En la Cámara de Senadores¹²⁶ fueron aprobados sin debate todos los artículos del proyecto de Ley, a excepción del 9, el 15 y el 21. Para alcanzar un acuerdo, se trabajó en base a una propuesta realizada por el médico y senador de Partido Colorado Francisco Soca¹²⁷.

El debate sobre el **Artículo 9** se centró en el plazo en que el Director debía a desempeñar su cargo¹²⁸ y en el **Artículo 15** se volvió a discutir el porcentaje con el que se gravarían los espectáculos en Montevideo y en la “campana”.

En el **Artículo 21** se puso en debate si los actuales directores de hospitales departamentales deberían pasar a ser miembros de las Comisiones Delegadas de los Departamentos¹²⁹. Se defendieron dos posiciones. Una entendía justo mantener los puestos ocupados por la “iniciativa privada” y “Comisiones locales constituidas por vecinos” al momento de aprobada la ley fundamentando tener en cuenta que:

(...) bien o mal, poco o mucho, todas las Comisiones han trabajado, han puesto el prestigio de su buena voluntad y de la representación que tienen en la localidad en que se hallan, al servicio de la Asistencia Pública, que en muchas casos si estos servicios de la Asistencia no han dado en campana todos los resultados que han sido de esperar, no ha sido por falta de voluntad ni de preparación de las Comisiones que la dirigían, sino por la falta de recursos, que es lo que mata en realidad la acción privada en lo que se refiere a la

¹²⁶ Debate Parlamentario sobre Ley De Salud Pública, Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores, República Oriental Del Uruguay, Tomo XCVIII, Años 1910 – 1911, Sesiones Extraordinaria Del 3° Período, de la XXIII Legislatura, 27 Sesión Extraordinaria. 21 de Octubre de 1910. Montevideo, Imprenta y Librería Tolosa. Informe de la Comisión De: Ricardo Julio Areco Tocanier [(1866 - 1925). Político, Diputado y Senador del Partido Colorado], Juan Blengio Rocca [(1867 - 1935). Político perteneciente al Partido Colorado. Ministro de Industria, Trabajo e Instrucción Pública durante el período (1911 - 1913). Presidente de la Asociación Uruguaya de Fútbol durante el período (1915 - 1918)] y Federico Fleurquin [(1872 - 1961). Dr. en Derecho. Diputado y Senador del Partido Colorado].

¹²⁷ **Vicente Francisco Soca** (1856 - 1922). Doctor en Medicina. Rector de la Universidad de la República durante el período (1907 - 1908). Integró el Consejo de la Asistencia Pública Nacional. Creador de la Clínica de Niños. Político perteneciente al Partido Colorado. Electo Diputado en (1891) y Senador en (1913).

¹²⁸ Las posiciones se dirimen entre que dure 6 años en el cargo (Fleurquin), o que se mantenga “en el ejercicio de sus funciones todo el tiempo de su buen comportamiento” (Areco) ya que en esos años perdería toda su clientela por haberse dedicado a cumplir con una función pública (Fleurquin y Areco, 21 de Octubre de 1910, Cámara de Senadores, Tomo XCVIII, pp. 166 - 167).

¹²⁹ En definitiva, se aprueba designar a las comisiones actuantes al momento de aprobar la ley.

Asistencia Pública Departamental (Areco¹³⁰, 21 de Octubre de 1910, Cámara de Senadores, Tomo XCVIII, p. 172).

La otra posición indicaba no imponer la designación de esas personas considerando que “también hay entre ellas elementos impropios, y por la sola circunstancia de que al sancionar esta ley estuvieran desempeñando cargos en las Comisiones de hospitales del interior” no correspondía que mantuvieran el cargo (Fleurquin¹³¹, 21 de Octubre de 1910, Cámara de Senadores, Tomo XCVIII, p. 173).

Se reeditaba de esta forma el debate dado en la Cámara de Representantes acerca de la distribución de los espacios de poder, entre los actores locales que ya estaban participando y los actores que serían asignados a partir de una nueva correlación de fuerzas, lo que se entendía por la oposición como una “centralización”.

Finalmente en el Artículo 12 se expresaba:

En las capitales departamentales u otras localidades en que la multiplicidad o diversificación de los servicios lo exigiere, la Dirección General propondrá al Poder Ejecutivo el nombramiento de Delegados o Subdelegados que asumirán la dirección de todos los servicios locales y tendrán la asignación que les fije el Presupuesto. El Delegado a que se hace referencia podrá ser nombrado entre los que tengan servicios a su cargo (Artículo 12 - Ley 3.724).

La Ley de Asistencia Pública Nacional se aprobó el 7 de noviembre de 1910 reunidos en Asamblea General el Senado y la Cámara de Representantes.

¹³⁰ **Ricardo J. Areco Tocanier** (1866 - 1925). Político perteneciente al Partido Colorado. Fue electo legislador en varias ocasiones (a partir de 1902). En 1914 presidió la Cámara de Representantes. Presidente de la Cámara de Senadores en el período (1915 - 1918). Integrante de la denominada “Comisión de los Ocho” que redactara el texto final de la Constitución de 1918.

¹³¹ **Federico Fleurquin** (1872 - 1961). Doctor en Derecho. Político perteneciente al Partido Colorado. Fue electo Diputado y Senador. Integró el Consejo Nacional de Administración en el año 1923. Se postuló a la Presidencia de la República en las elecciones generales de 1922 y 1930 por el Partido Colorado no siendo electo.

Los cambios en las instituciones asilares

Entre la última década del siglo XIX y la primera del XX las profundas modificaciones registradas en el marco normativo del país, determinaron importantes transformaciones en las instituciones de asistencia, impactando en la organización, dirección y población objetivo de las mismas.

De acuerdo a lo considerado en el capítulo anterior, las prácticas de institucionalización para la asistencia¹³² empezaron a diferenciarse en función a la clasificación de la población objetivo. En este sentido podrían identificarse dos grandes criterios para su organización.

El primero aparece vinculado con el tiempo previsto de permanencia en la institución. Los hospitales comenzaron a enfocarse en la población con problemas de salud, con un pronóstico “probable” de egreso, mientras que la población cuya “anormalidad” supusiera un egreso incierto (o a largo plazo) comenzó a quedar amparada por el régimen asilar.

El segundo criterio de diferenciación entre las instituciones se registró al interior del propio régimen asilar. En éste, a pesar de organizar a la población en diversos establecimientos, los mismos podrían distinguirse según la etiología de la anomalía asistida en otras dos grandes categorías: la salud (cuerpo y mente) y lo social. La salud del cuerpo respondía a su vez a otra sub división en base a si representaba o no riesgo de contagio.

Dichas clasificaciones se correspondieron con los primeros embates que colocaron fuera del ámbito hospitalario a los asistidos por problemas sociales y enfermedades crónicas, consolidándose en consecuencia instituciones especializadas para sostener la “larga permanencia”. En la complejidad del tema, cabe mencionar que estas diferenciaciones no fueron absolutas, ya que en una misma institución podían coexistir diversas prácticas. Al

¹³² Hospital de Caridad y el Asilo de Mendigos.

mismo tiempo, los establecimientos operaron en forma articulada, aunque cada tipo respondería a distintos requerimientos para la normalización de los internados.

En el marco de estos lineamientos generales, se registró una excepción que guarda una especial relevancia para el objeto de estudio: las patologías físicas no contagiosas (y algunas deficiencias mentales) definidas como crónicas, serían asimiladas al mismo tipo de institución que asistía a la población por problemas sociales (vinculados en este período a la pobreza y la falta de trabajo).

Da cuenta de estas transformaciones el hecho de que en menos de tres décadas se registró el pasaje del Asilo de Mendigos al Asilo de Mendigos y Crónicos (1895 - 1910), de Asilo de Mendigos y Crónicos a Asilo de Inválidos y Crónicos (1910 - 1922) y finalmente su escisión en dos nuevas instituciones: el Hospital Pasteur y el “nuevo asilo” Piñeyro del Campo (1922), ambas operativas hasta la actualidad.

Las modificaciones registradas en la institución asilar, formaron parte del andamiaje que posibilitó la implementación de las funciones “médico sanitarias”, en el contexto de medicalización de las sociedades modernas (Mitjavila, 1998). Dentro de estas funciones se identifican tres tipos denominadas: punitivas, arbitrales y socializadoras. Cada una responde a “necesidades de normalización diferentes”, relacionadas a “un tipo de discurso médico con rasgos específicos en términos de las condiciones de estructuración y procesamiento de las representaciones simbólicas en él contenidas” (Mitjavila, 1992, p. 41).

Las **funciones punitivas**, son las que se encuentran más estrechamente vinculadas con las instituciones analizadas. Refieren al “conjunto de prácticas técnicos-políticas orientadas a sancionar en forma negativa, fundamentalmente a través de mecanismo de aislamiento, estigmatización y confinamiento, cierto sector de conductas ´socialmente desviadas´ o que representen algún tipo de amenaza o riesgo para el conjunto social” (Mitjavila, 1998, p. 13).

Las dos funciones restantes están fuertemente vinculadas a la anterior, coadyuvando a la vigilancia, control y clasificación de la población. Las **funciones socializadoras** hacen

referencia al concepto de Foucault (1976) denominado “somatocracia”, en vínculo a la “vigilancia panóptica” realizada desde el Estado “sobre y desde el propio cuerpo” de los individuos que integran la población. El propósito de la vigilancia, al igual que en la situación de encierro, es el control.

Dos imágenes, pues, de la disciplina. A un extremo, la disciplina-bloqueo, la institución cerrada, establecida en los márgenes, y vuelta toda ella hacia funciones negativas: detener el mal, romper las comunicaciones, suspender el tiempo. Al otro extremo, con el panoptismo, tenemos la disciplina-mecanismo: un dispositivo funcional que debe mejorar el ejercicio del poder volviéndolo más rápido, más ligero, más eficaz, un diseño de las coerciones sutiles para una sociedad futura (Foucault, 2003, p. 206).

Por su parte, las **funciones arbitrales** posibilitan “emitir juicios o dictámenes sobre atributos individuales de diversa naturaleza”. A estas valoraciones realizadas desde el saber médico se les atribuye el poder de “la habilitación o restricción de los individuos para acceder al desempeño de roles así como de una amplia gama de condiciones sociales” (Mitjavila, 1998, p. 13).

La articulación de las tres funciones, tanto en los espacios sociales como institucionales, siempre a cargo del saber médico, permitió un ejercicio de control sobre la población, su clasificación y la determinación del ingreso y permanencia en las distintas instituciones especializadas.

De Asilo de Mendigos a Asilo de Mendigos y Crónicos (1895 - 1910).

La transformación de la caridad/asistencia en un asunto de Estado, con la consecuente unificación de la gestión en una única entidad, la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública¹³³, propició en 1895 la primera transformación del Asilo.

¹³³ Dispuesto por la Ley 2.059 del año 1889.

La Comisión resolvió en este año transferir a los pacientes crónicos que estaban hasta ese momento en el Hospital de Caridad y en el Lazareto de Variolosos al local del Asilo de Mendigos. Pasó a llamarse a partir de entonces Asilo de Mendigos y Crónicos. Esta nueva denominación y función permanecería hasta el año 1910.

Relatan las memorias de la época con respecto a las personas derivadas de los hospitales al asilo: “son enfermos que permanecen días, o cuando más algunos meses, porque llegan del Hospital en período avanzadísimo, cuando ya nada hay que hacer para curarlos y sólo resta ampararlos hasta que llegue la muerte a poner fin a sus dolores” (López, 1910, p. 10).

En 1905, la población de crónicos era mayor que la de mendigos. (Piñeyro del Campo, 1907, p. 221). La institución contaba con un total de 495 camas, distribuyéndose las mismas entre hombres y mujeres. Los informes detallan (Piñeyro del Campo, 1907, p. 223) que había 268 camas destinadas a personas con enfermedades crónicas (184 hombres, 84 mujeres) y 227 camas para mendigos (171 hombres, 76 mujeres).

La atención a la salud empezó a ganar así espacio en el nuevo modelo asilar, registrándose un cambio tanto en el perfil de la población de la institución, como en la forma de ingreso a la misma. Decía la reglamentación al respecto:

(...) para la admisión se requiere la orden escrita de la Dirección General, que la otorga, previa justificación de pobreza. También se concede el ingreso a solicitud de otras casas dependientes de la Comisión de Caridad; y en casos de urgencia por disposición de la Delegada del Asilo o de cualquiera de sus miembros, sin perjuicio de formalizarse posteriormente la entrada, con la orden de Dirección General (Piñeyro del Campo, 1907, pp. 222 - 223).

Con respecto al propósito del Asilo, comenzó a considerarse la variable edad, aunque no en forma excluyente. Se mencionaba a los “ancianos” como parte de su población objetivo, tomando como indicador para definirlos la cantidad de años vividos. Decía en su informe Luis Piñeyro del Campo: “es un hospicio para alojar, alimentar y asistir ancianos, tanto hombres como mujeres, que sean desvalidos y que tengan sesenta años de

edad por lo menos, y a crónicos desamparados de toda edad” (Piñeyro del Campo, 1907, p. 222). Confirma esta información el documento que S. López Lomba presentó a la Comisión Nacional de Asistencia Pública: “Para obtener el amparo de este hospicio, no se necesita nacer en el país¹³⁴, basta residir en él y ser pobre de más de 60 años de edad o inútil para el trabajo” (López Lomba, 1910, p. 9).

En esta nueva etapa, la dimensión trabajo seguía ocupando un eje central en la institución a pesar del cambio en el perfil de los internados. Ya no se trataba de población que debiera de aprender a trabajar (como en el caso de los mendigos), cuyas situaciones judicializadas les imponía el ingreso a la institución hasta que pudieran valerse por sí mismos (o alguien los mantuviera). Ahora la población objetivo se definía como “inútil para el trabajo” y “desvalida”, lo cual cristalizaba la situación y quitaba de la ecuación la circunstancia posible de egreso.

En la nueva organización se realizaban todo tipo de tareas, tomando relevancia la producción interna para el autosustento de la institución. “Existen pequeños talleres de carpintería, sastrería, colchonería, zapatería, hojalatería y escobería, atendidos por asilados, que confeccionan, muebles, trajes, colchones, zapatos, escobas y otros artículos para uso del Asilo” (Piñeyro del Campo, 1907, p. 224). Contaba también con lavadero, establos, quinta y panadería.

En un informe presentado sobre la mortalidad en el Asilo, se expresaban los siguientes datos y opiniones que daban cuenta de la relevancia que ya había tomado en ese momento la información estadística:

En 15 años (1895 - 1909) han fallecido 21 ancianos de más de 100 años. Esta longevidad es atribuida al régimen de vida, a la buena alimentación y trato, a la higiene severa que se observa con los asilados, a la pureza del aire que se respira en esta altura y a otras causas que no me compete examinar (López, 1910, p. 10).

¹³⁴ Las tres cuartas partes de los asilados eran extranjeros (López; 1910, p. 9). Se debe de considerar que en 1860, los extranjeros eran el 33,82 % de la población censada en el país y en Montevideo este porcentaje ascendía a 47,87% (Roade, 1983, p.73).

Los porcentajes de fallecimiento en el Asilo, entre 1895 - 1909, de acuerdo a las edades de las personas se muestran en el siguiente cuadro (López, 1910, p. 10).

Fallecimientos en Asilo (1895-1909)¹³⁵	
Edades	Porcentajes
De menos de 40 años	4,57
40 a 50	7
50 a 60	14.53
60 a 70	24,79
70 a 80	28.54
80 a 90	15.46
90 a 100	3,21
Más de 100 años	1.02
Se ignora	0.88

Para interpretación de estos datos, es necesario **diferenciar entre la esperanza de vida** al nacer (estimación promedio de años de vida para determinada tasa de mortalidad que se ubicaba a principio del siglo XX en el orden del 47,9) y la **duración de la vida de una persona** (que difiere del promedio).

Los datos aportados en los informes de la época dan cuenta del avance del paradigma higienista, el anclaje de la biopolítica en las instituciones y del lugar que el saber médico había comenzado a ocupar. La dirección Técnica del Asilo pasó a estar a cargo de un médico, el Dr. Juan Heguy “distinguido higienista que había representado al Uruguay cuando el Congreso de Higiene de Madrid en 1898” (Brazeiro, 1993, p. 35).

Los informes presentados en la época daban cuenta de la pretendida comprobación empírica, racional y estadística de los logros obtenidos (edad de los asilados) a través de la dirección médica de la institución.

Si bien los resultados alcanzados legitimaron rápidamente la práctica médica en estas instituciones convirtiendo “los asilos y casas de caridad” en “hospitales para el diagnóstico y tratamiento” (Morás, 2000, p. 210), la coexistencia entre los distintos participantes a cargo de la institución no fue pacífica: el “proceso de introducción de nuevas técnicas auspiciará un notorio cambio en las funciones y formas que la asistencia hospitalaria presentaba en el país, introduciendo también una fuerte disputa entre “antiguos” administradores y los doctos aspirantes a sucederlos” (Morás, 2000, p. 171).

A pesar de estas transformaciones, el asilo continuaba en esta etapa bajo la la dirección general de la Comisión Delegada Nacional y el “orden interno” estaba a cargo de las

¹³⁵ Cuadro en base a datos aportados por López, 1910, p. 10.

Hermanas Vicentinas hijas de la Caridad, siempre “sujeto a reglamentaciones dictadas por la Comisión”. Este orden interno incluía además la dirección de los enfermeros, debido a que no había un médico interno en el servicio.

De Asilo de Mendigos y Crónicos a Asilo de Inválidos y Crónicos (1910-1922).

Un nuevo cambio se registró en la institución en 1910. La Comisión Nacional de Caridad, con fecha 6 de mayo resolvió cambiarle el nombre de “Asilo de Mendigos y Crónicos” por el de “Asilo de Inválidos y Crónicos Doctor Luis Piñeyro del Campo” (López, 1910, p. 10).

Las sucesivas denominaciones son representativas de los cambios del énfasis puesto en el propósito de la institución. Así como el “Asilo de Mendigos” era la transformación de la población mendiga en población trabajadora, el cambio a “Asilo de Mendigos y Crónicos” (1895) incorporaba en sus objetivos el eje de la salud. En el nuevo cambio a “Asilo de inválidos y crónicos” (1910) la mendicidad ya no era mencionada, ocupando los problemas de salud y de asistencia médica el eje central.

A partir de entonces, el Asilo cambió su dirección de la Comisión de Caridad y Beneficencia a la órbita médica. El cargo fue ocupado por el Dr. Francisco Nicola, quien en su administración desplazó a las anteriores formas de organización, realizando un pasaje del modelo asilar a la fundación de un hospital para enfermedades agudas.

En la nueva situación, el edificio contaba con 13 salas y 450 asilados. La suma de agudos y crónicos que comenzaron a recibir de los otros centros congestionó el lugar. La Dirección de Asistencia Pública compró la quinta de Basáñez (hasta el momento alquilada para el trabajo de los asilados en distintos oficios). Se edificaría en este predio el nuevo Asilo con seis pabellones y 400 camas (Brazeiro, 1993, p. 42) quedando algunos pacientes crónicos en el viejo edificio (en sala 2 y sala 19).

De acuerdo al proyecto del nuevo asilo “las construcciones darán cabida a 400 ancianos de los dos sexos, a pesar de que hay actualmente en el Asilo 298 en esas condiciones. Las primeras cifras significan que se han tenido en cuenta las necesidades del futuro” (Martirené, 1919, p. 946).

El Hospital Pasteur y el “Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo” (1922).

En sesión del Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional, de fecha 27 de agosto de 1919, se estudió el anteproyecto de construcción de un nuevo asilo y la redistribución de camas para pacientes hospitalarios en el viejo local donde se inauguraría el Hospital Pasteur. Con respecto al asilo se alegaba: “Sus construcciones deberán ser económicas, sobrias, higiénicas”. En referencia al hospital “(...) deberá hacerse con el espíritu de la economía propia de la situación actual, a la naturaleza de esta Institución” (Martirené, 1919, p. 947). Se preveía transformar el Asilo en un Hospital para crónicos y agudos, ante lo cual se requería “ampliarlo e higienizarlo”.

En la construcción del nuevo asilo se proyectaban dormitorios con 6 metros cuadrados para cada cama, comedor (refectorio), ropería, baños (agua fría y caliente), galerías cubiertas para recibir visitas y un consultorio para el médico y local para el personal de servicio. (Martirené, 1919, p. 947). Estos criterios tomados para la construcción son parámetros de bienestar que consideran la limpieza, la calefacción y los baños, como indicadores de mínimos biológicos que buscaban asegurar el bienestar de la población asistida. Cabe señalar que en los informes presentados no se mencionan aspectos referidos al vínculo del asilado con el entorno social.

La población que hasta entonces ocupaba el Asilo de Inválidos y Crónicos sería redistribuida a instituciones especializadas, poniendo un mayor orden en cuanto al control de la población y su organización en función de áreas de saber. Se explicaba en las fundamentaciones dadas en la sesión:

Los débiles mentales, los epilépticos, los menores idiotas, retardados, paralíticos, los de parálisis infantil, los enfermos de la vista y los tuberculosos, deberán ser retirados del asilo y distribuidos en las dependencias de Asistencia Pública destinado a la asistencia de esas enfermedades (...) Existen además algunos ciegos y sordo-mudos, categoría de anormales que en el futuro no deberían de figurar entre los asilados (Martirené, 1919, pp. 945 - 946).

El 22 de noviembre de 1922, se inauguraron ambas instituciones: el Hospital Pasteur¹³⁶ en donde funcionaba hasta ese momento el Asilo y un centro de crónicos “Hospital Hogar Dr. L. Piñeyro del Campo” en el nuevo edificio construido a tales efectos. El “asilo nuevo” sería abastecido por el Hospital Pasteur.

Un censo de población de la institución de este período daba cuenta del alcance nacional que el Asilo había adquirido luego de la aprobación de la Ley de Asistencia Pública Nacional.

(...) sobre los 586 asilados, de los dos sexos, en el Asilo Luis Piñeyro del Campo, 161 corresponden a los Departamentos, siendo el promedio de 9 para cada Departamento. Canelones contribuye con 18, Florida y Minas con 15, Artigas y Rocha están representados, respectivamente, con 1 y 2 asilados (Martirené, 1928, p. 6).

Acerca del último cambio de denominación del asilo cabe considerar algunos aspectos. En primer lugar se quitó la palabra “asilo”, sustituyéndola por eufemismos como “hogar” y “hospital”. En segundo lugar se dejó de hacer mención a la población objetivo, lo cual había caracterizado a las denominaciones precedentes: pobres, mendigos, inválidos, crónicos. Finalmente, al igual que en las otras instituciones, se había colocado el nombre de una figura significativa para ese establecimiento. Del mismo modo el “Hospital de Caridad” se convirtió en “Hospital Maciel” (1908), el “Asilo para Dementes” en “Hospital Vilardebó” (1910) y el “Asilo de Huérfanos y Expósitos” en “Asilo Dámaso Antonio Larrañaga” (1910).

¹³⁶ En noviembre de 1922 comienza el traslado de enfermos al nuevo hospital Pasteur. Boletín de Asistencia Pública Nacional XII (109): 459. Acta N° 1328.

El nombre de “Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo” permanecería hasta el año 2004 cuando cambió a su actual denominación: “Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo” (Decreto 433/004).

¿Asilo o familia? Un dilema hasta el presente.

Un aporte que resulta importante añadir en este período refiere al debate registrado entre dos espacios de cuidado a la vejez que se presentan como alternativos: el institucional y el doméstico.

En octubre de 1927, el Dr. José René Martirené¹³⁷, entonces Director General del Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional, presentó un proyecto¹³⁸ al Consejo Directivo para que un sector de los “ancianos” residentes en el “Asilo” Dr. Luis Piñeyro del Campo fuera colocado en un sistema de cuidados a cargo de familias. La propuesta pretendía resolver el “amparo de la ancianidad por la Asistencia Pública Nacional” (Martirené, 1928, p. 2).

Este proyecto representó una nueva tensión en el modelo de asistencia que cuestionaba, por primera vez en documentos oficiales, la vida en las instituciones y el régimen asilar como forma de amparo. Es significativo en sí mismo, por el análisis y las fundamentaciones de la propuesta del proyecto, pero se resignifica si tenemos en cuenta que esta tensión y sus debates serán reeditados en las últimas décadas en Uruguay.

Años antes, Luis Piñeyro del Campo había realizado un alegato a favor de la Asistencia Pública que radicaba justamente en la exaltación de los establecimientos que administraba. Decía al respecto:

¹³⁷ **José René Martirené** (1868 - 1961). Doctor en Medicina especializado en Pediatría y Cirugía graduado en París en el año 1898, fue el primer cirujano de niños en el Uruguay. Director de la Asistencia Pública Nacional, inauguró el Hospital de Niños Dr. Pedro Visca y el Hospital Pasteur.

¹³⁸ La propuesta se denominaba: “Proyecto para la colocación de los ancianos colocados bajo la tutela de la Asistencia Pública Nacional y subsecuentemente la asistencia de crónicos en el Asilo Luis Piñeyro del Campo, y la utilización del Hospital Pasteur para enfermedades agudas y asistencia obstétrica”.

No es una institución de asistencia domiciliaria, sino que la presta solamente en los establecimientos que dependen de ella. Pero son estos tantos y de tal naturaleza que los hay para casi todos los dolores o miserias de la humanidad, que no son o no pueden ser bien atendidos en los domicilios de los menesterosos (Piñeyro del Campo, 1907, p. 21).

En la propuesta presentada por José René Martirené, los sujetos cuidados (“ancianos” que sería reubicados) debían de cumplir con la condición de “estar exentos de afecciones que exijan su hospitalización”. Esta condición rompía con la homogenización dada hasta entonces a la vejez, los crónicos y los incapaces. Quedarían en el Asilo los “ancianos inmobilizados o semi inmobilizados por alguna afección crónica” (Artículo 7 - Proyecto Martirené) y los que “por causas insalvables no puedan ser colocados en familias” (Artículo 8 - Proyecto Martirené).

En el segundo artículo del proyecto se hacía referencia a los sujetos cuidadores (familias) que debían tener “buenas costumbres, atestiguadas por personas de responsabilidad” y “buenos antecedentes morales” (Martirené, 1928, p. 6). Además especificaba: “el domicilio será higiénico y de capacidad necesaria para el bienestar del pensionista de Asistencia Pública”.

Este dispositivo requería del control por parte del Estado. La propuesta preveía que el anciano sería visitado mensualmente para “vigilar el cumplimiento de las cuidadoras”. En Montevideo, las inspecciones estarían a cargo de “Inspectores del Servicio de Protección a la Primera Infancia y del Asilo Dámaso Larrañaga (...) entretanto no sean creados los cargos de Inspectores adscriptos a los Consultorios Gota de Leche”.

Se proponía dar apoyo económico a las familias cuidadoras, por concepto “de alojamiento, alimentación y cuidados generales del anciano”, además del aporte de ropa y calzado al anciano dos veces al año (Artículo 5 - Proyecto Martirené), así como la asistencia de médicos de radio y domiciliaria para afecciones agudas o leves.

La propuesta apoyaba su fundamentación en dos líneas: la **optimización del recurso institucional** y la **calidad de vida de la persona asistida**.

Con relación a los **recursos institucionales**, se buscaba aumentar el número de camas disponibles y descongestionar los servicios de atención de los agudos y de las Salas de Maternidad. Para ello proponía también regular el ingreso poniendo atención en aspectos tanto médicos como sociales. Se hacía énfasis en que los servicios del “Asilo” Piñeyro del Campo no podrían admitir enfermos con afecciones agudas “por ningún concepto”, debiendo derivarlas al Hospital Pasteur (Artículo 10 - Proyecto Martirené).

El ingreso al “Asilo” debía de contar con “una severa fiscalización del estado pecuniario de los ancianos o de sus familias” (Martirené, 1928, p. 5). “Según nuestro proyecto, solo quedarían en el Asilo Luis Piñeyro del Campo los ancianos y ancianas, que tuvieran que permanecer transitoria o definitivamente en el establecimiento. Para eso bastarán a lo sumo, 200 camas” (Martirené, 1928, p. 5).

Con respecto a la perspectiva de la **calidad de vida del “anciano”**, se hacía alusión tanto a las dificultades de la vida en una institución como en los beneficios de la vida en familia. Comenzaba vinculando la incidencia de los problemas institucionales en el bienestar del internado. José René Martirené argumentaba en su propuesta que de no tomarse medidas ante el riesgo de la sobrepoblación del Asilo: “serán aglomerados (...) las filas de camas se estrecharán y concluirán por **vivir en un infierno**, como vivían en el antiguo Asilo sus **antecesores en el infortunio**” (Martirené, 1928, p. 4). Luego se focalizaba en los beneficios de la vida en familia fundamentando que la solución propuesta “armoniza el propósito de mantener vivaces sentimientos que **dignifican al hombre, tales como el vínculo con la familia y el goce de libertad**” (Martirené, 1928, p. 3).

En la misma línea de argumentación, agregaba más adelante: “El anciano en el Asilo Luis Piñeyro del Campo, a pesar de todas las bondades del establecimiento, sufre la **nostalgia de los desterrados**” (Martirené, 1928, p. 5). Sugería contemplar la trayectoria de vida de cada asistido para su ubicación, atendiendo un criterio económico (utilidad del asistido como recurso humano) pero justificándolo como una “distracción”. Decía: “Para la colocación de los ancianos se tendrían muy en cuenta, las **ocupaciones que tuvieron en el período activo** de la vida, y se les procuraría una guarda correlativa, **a fin de su utilización, o, más bien dicho, distracción**” (Martirené, 1928, p. 6).

Un último aspecto a considerar en la propuesta de 1928, es la diferencia de valor económico entre ambas alternativas. El Dr. José René Martirené planteaba en su fundamentación que la diferencia de costo diario entre el asilado (0,50) y el enfermo crónico en los hospitales (1,70), era 3,4 veces más caro (Martirené, 1928, p. 8). Por tanto, en los casos de asilados con familias (explicaba que había 163 de ellos que la tenían), el Estado debía de aportar para que cada familia “guarde” al anciano. Fundamentaba: “En las **familias pobres, los recursos apenas alcanzan para las necesidades de los elementos productores**. La cuota de “ancianos o ancianas” improductivos debe de acordarla el Estado” (Martirené, 1928, p. 5).

En el caso de los asilados sin familia se proponía un pago a la familia receptora. “Esta retribución representa la erogación que a cada asilado corresponde en el presupuesto del Asilo, y una pequeña suma como indemnización a las atenciones que proporcionan las cuidadoras”¹³⁹ (Martirené, 1928, p. 7).

La finalidad del proyecto fue compartida a nivel parlamentario generando debate sólo el financiamiento del mismo. La propuesta fue revisada en dos cuestiones. La primera en torno a si el proyecto se contraponía de algún modo a las disposiciones de las leyes de Asistencia Pública Nacional (1910) y de Pensiones a la Vejez (1919)¹⁴⁰, atendiendo a su vez a si las prestaciones previstas por estas dos normativas eran excluyentes entre sí. La segunda cuestión refería a si el apoyo económico a las familias para el retorno de los ancianos no se contraponía con la indicación de las leyes de dar amparo a los ancianos indigentes que no tuvieran otra protección que la del Estado.

¹³⁹ Cuatro décadas más tarde (13 de octubre de 1959), el Ministerio de Salud Pública se expedía favorablemente sobre la “solicitud presentada por la Asociación de Cuidadoras de Ancianos del Asilo Dr. Luis Piñeyro del Campo, por la que reclaman una aumento en las partidas mensuales que perciben por cuidar, dar albergue y comida a ancianos cedidos en custodia por la dirección de ese Asilo” (Diario Oficial (1960). Registro Nacional de Leyes. Decretos y otros documentos de la República Oriental del Uruguay. Año 1959. Montevideo: Curbelo y Cía. pp. 1038 - 1039). Se incrementó el rubro en relación a la “Colocación Familiar de Ancianos y Dementes y Retribución de Asilados” y se fijaron montos de acuerdo tenga a su cuidado entre uno y cuatro ancianos.

¹⁴⁰ La ley de pensión a la vejez y la discapacidad (11 de febrero de 1919) determina que toda persona de 60 años o más o “absolutamente inválida” y en estado de indigencia (sin importar la edad) tendrá derecho a una pensión mínima otorgada por el Estado o el “equivalente en asistencia directa o indirecta”. Del aporte monetario quedaba a cargo el Banco de Seguros, porque es una forma de asistencia nueva representada por un seguro a la ancianidad. Esta ley no derogó la Ley de Asistencia Pública de 1910, ni sustituyó una prestación por otra.

La iniciativa fue aprobada concluyendo que las leyes se conciliaban y que la nueva normativa acompañaba otras disposiciones ya aprobadas en relación a la protección de los “ancianos”. El informe del “Sr. Abogado asesor¹⁴¹ en el Proyecto presentado por la Dirección General sobre la colocación de ancianos en familias, relacionándolo con la Ley de Pensiones a la vejez”, concluía:

Cree por tanto, el suscrito, que el proyecto del Sr. Director, por el que se autoriza a colocar en familia a los ancianos no infecciosos, es perfectamente compatible con la Ley de Pensiones a la Vejez, y que está dentro de las facultades del Consejo Directivo el establecer esa forma de asistencia, siempre que su cumplimiento no exceda el rubro asignado por la Ley de Presupuesto de la Institución, para la creación de servicios nuevos cargos, pues de lo contrario habría que obtener el consentimiento del P. Ejecutivo (Artículo 9, Ley del 26 de Agosto de 1926, y Artículo 17, inciso 3°, Ley de 7 de Noviembre de 1910).

Como se planteó antes, el proyecto presentado por José René Martirené como Director de Asistencia Pública, tiene múltiples significaciones que aportan a la construcción del objeto de estudio. Aparece un reconocimiento de las adversidades de la vida en la institución, calificándola de “infierno”, “infortunio”, llevando a la “nostalgia de los desterrados” y por oposición también considera que la vida en familia eliminaría el encierro y permitiría recobrar la dignidad.

Otra significación que aparece en el discurso es la carga que los sujetos improductivos representan para la familia (y para la sociedad). La valoración se evidencia en el uso de términos “utilización/distracción” de la persona, proponiendo considerar las “ocupaciones que tuvieron en el período activo” y reconociendo que en las familias pobres, los recursos se destinan a los “elementos productores”.

Por último, el costo que la vejez inactiva representa para el Estado y la relación costo/beneficio de su desinstitucionalización (aun realizando aportes a las familias de

¹⁴¹ Dr. Augusto E. Martínez, informe presentado el 28 de Noviembre de 1928 al Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional (pp. 10 - 17).

origen o adoptantes), es otro de los temas planteados que continuará siendo revisado en el futuro¹⁴².

Síntesis del capítulo

Los cambios descriptos en las décadas comprendidas entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, se inscriben en “una matriz de relaciones complejas” cuya relación “lleva a que se determinen recíprocamente lo económico con lo político, lo político con lo cultural” (Zemelman, 2001, p. 12).

En la presentación de esta “constelación”, la identificación de fenómenos, la priorización de episodios, la prevalencia de datos, el establecimiento de un cierto orden y la vinculación entre los acontecimientos, no responden a una única lectura posible de los hechos registrados. Por el contrario, dan cuenta de una construcción realizada por este trabajo, a partir de un cierto entramado conceptual, que pone en diálogo la institucionalización como categoría central con otras categorías teóricas, generando una narrativa alternativa al relato cristalizado por la Historia oficial que figura en los documentos estudiados.

Como resultado de la búsqueda e interpretación de los datos obtenidos durante el período histórico analizado en este capítulo, se identificaron una serie de transformaciones en la práctica de la institucionalización como forma de cuidado. Estos cambios resultaron necesarios (aunque aún no suficientes)¹⁴³ para establecer los cimientos sobre los que se

¹⁴²La ley 12.808 (1960, 15 de diciembre) reguló el pago de jubilaciones, pensiones, seguro, rentas y otros recursos a los asilados del Piñeyro del Campo. Estos haberes deberán percibirse por intermedio de la oficina o funcionario designado por el Ministerio de Salud Pública. El artículo 3 plantea: Se autoriza a la oficina recaudadora del Asilo Luis Piñeyro del Campo a descontar hasta el 50 % de las pensiones a la vejez y hasta el 60 % de pensiones y pasividades mayores a los asilados de su dependencia con destino al pago de las hospitalidades, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes (Diario Oficial (1961). Registro Nacional de Leyes, Decretos y otros documentos de la República Oriental del Uruguay. Año 1960. Montevideo: Curbelo y Cía. pp. 1662 - 1663).

¹⁴³ A estos componentes se sumarán otros en la segunda mitad del siglo XX que serán analizados el próximo capítulo.

construiría la institucionalización de la vejez con las características que presenta en la actualidad.

Dentro de las transformaciones referidas se destacan las acciones implementadas por el Estado. Las mismas, llevadas adelante en “nombre de intereses generales”, son entendidas “como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico, en una sociedad determinada” (Grassi, 2003, p. 23).

La incorporación de nuevos espacios bajo la órbita estatal, estuvo mediada por la consolidación del Estado Nación. Se extendieron las prestaciones basadas en el derecho de ciudadanía y se homogenizaron los parámetros de asistencia a escala nacional a través de profundos cambios en materia legislativa.

En este marco, la beneficencia basada en la caridad y financiada por limosnas y aportes puntuales del Estado, se transformó en asistencia fundamentada en derechos y sustentada en impuestos. La cuestión social adquirió así una distinta significación en el marco de una nueva “comunidad política (representada por el Estado) como ámbito de pertenencia y las condiciones para una tal pertenencia plena (expresadas en las instituciones y cuerpos normativos)” (Grassi, 2003, p. 20).

Al mismo tiempo, las reformas de esta etapa consolidaron a la salud de la población como un problema público. Se desarrolló la denominada “medicina de Estado”¹⁴⁴, caracterizada no sólo por la estatización de las instituciones a cargo de la salud de la población sino también por la participación médica en el diseño de las políticas y la administración de las mismas.

La actuación desde el saber médico en los distintos espacios sociales “intra y extradisciplinarios”, llevó a que la medicina como ciencia se transformara “en un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias” (Mitjavila, 1992, p. 38). Para ello se articularon dos niveles: uno técnico referido al **ejercicio profesional** con

¹⁴⁴ Bajo la denominación de medicina social (Europa, siglos XVIII y XIX) esta perspectiva presenta tres modalidades: “la medicina de Estado”, “la medicina urbana” y “la medicina de la fuerza laboral” (Foucault, 1999).

pacientes, legitimado por el objetivo de curar a partir del conocimiento científico (con cierta independencia de los resultados) y una dimensión **sociopolítica** de la práctica médica que, en las sociedades modernas, supuso “un complejo entramado de compenentes - fácticos y simbólicos - de las relaciones sociales que configuran el campo de la medicina” (Mitjavila, 1992, pp. 38 - 39).

La consolidación de estos cambios implicó la puja de fuerzas y la puesta en escena de actores en representación de posiciones antagónicas, en muchos casos irreconciliables. Las mutaciones resultantes fueron profundas, alcanzadas en plazos históricos breves y como se verá, si bien buena parte de las mismas permanecen en la actualidad, reciben periódicamente los embates de las mismas fuerzas opuestas registradas en esta etapa.

Con respecto a los establecimientos asilares, los cambios en el contexto impactaron en sus propósitos y en su organización, dando lugar a nuevas construcciones discursivas que fundamentaron las variaciones de sus prácticas. En sólo treinta y cinco años (1860 - 1895) el Asilo pasó de ser una institución cuyo propósito era instrumentar la prohibición de mendigar (recluir a los excluidos de la sociedad), a otra que brindaba asistencia a la población “excedente” (crónica) de los hospitales, haciendo de este modo viable la nueva organización hospitalaria y sanitaria del país.

En el mismo período, las modificaciones en los medios de producción llevaron a que la población improductiva (ya no solamente mendiga) pasara a formar parte de la cuestión social y un sector de la misma, integrara la población objetivo de las instituciones.

El nuevo perfil de la población excluida de la industrialización emergente, junto a la diversificación y especialización del encierro que habían experimentado las instituciones, tuvieron como resultado la creación y consolidación de un nuevo modelo de reclusión. El establecimiento asilar se transformó en un “híbrido institucional” que abarcaba indiscriminadamente a la población con enfermedades crónicas (no contagiosas), a la población con “problemáticas sociales” (vinculadas en este período a la pobreza) y a la vejez (definida entonces como población de 60 años o más).

Resulta pertinente preguntarse al respecto: ¿qué tenían en común estos tres grupos de población para entrar en la misma lógica de amparo y normalización dentro de una institución? Una respuesta posible sería: Comparten ser improductivos y tener escasas probabilidades de serlo en el futuro, interpretándose a los mismos como una carga para la familia, la sociedad y el Estado; en otras palabras, para el sistema productivo emergente.

Se identifica **a partir de entonces el surgimiento de instituciones asilares caracterizadas por:** no tener entre sus propósitos la generación de cambios en los asilados (reforma de conductas y/o habilidades laborales o sanación), pero aun así ser dirigidas por la disciplina médica; albergar a una población (pobreza, vejez y crónicos) sin probabilidades de alcanzar estándares de normalización que permitan su reincorporación a la vida social (por lo que no se prevé un plazo de egreso); y contar con la injerencia del Estado en el control de los establecimientos, ya que la perspectiva de salud la fundamenta como un problema/responsabilidad pública y un derecho ciudadano.

Capítulo 3: La vejez como objeto de estudio

Lo problemático, y lo que tiene consecuencias en la disputa (política) por la representación del mundo social, es la naturalización de las clasificaciones y de los atributos que le sirven de variables, porque en ese movimiento se pierde de vista el proceso socio-histórico y las relaciones por las cuales los diferentes grupos se distribuyen de manera diferencial y desigual en el espacio social, así como las carencias y las cualidades, los recursos de la política y las responsabilidades por los problemas. Cuando esto se pierde de vista, el relevamiento de las carencias deviene confirmatorio de las estructuras, y las categorías que designan grupos de población entran al discurso técnico-político como si constituyeran grupos sociales espontáneamente delimitados (Grassi, 2007, p. 6).

Introducción

El presente capítulo expone las características que tomó la institucionalización de la vejez en Uruguay en la segunda mitad del siglo XX y los factores que coadyuvaron para que la misma se constituyera como tal.

De acuerdo a lo estudiado hasta el momento, a partir de la segunda mitad del siglo XIX se comenzó a clasificar a la población “anormal” en distintas instituciones especializadas, creadas para su tratamiento (dementes, infectocontagiosos, huérfanos, vagos, etc.).

Dicha distribución mostró a un sector que no se ajustaba a las deficiencias atendidas por las nuevas instituciones. El perfil de este “remanente” lo componían tres circunstancias asociadas: la situación de pobreza, un diagnóstico médico de condiciones no reversibles (vejez, cronicidad, incapacidad) y la ausencia de riesgo (para sí y/o para el resto). La población así delimitada, no era posible de normalizar y por consiguiente, no se preveía para la misma una causal o plazo de egreso.

Por lo expuesto, el fundamento para la institucionalización de quienes se ubicaban en esta categoría, se limitó al **amparo**. El mismo se centraba en asegurar las condiciones materiales de existencia, otorgando un tratamiento indiferenciado que homogenizó dentro de un mismo tipo de establecimiento, al viejo, al crónico y al discapacitado (de mente y/o cuerpo) de diversas edades. Este propósito de amparo y el perfil de población comprendida, resignificaron el lugar del asilo en relación con las restantes instituciones emergentes en este contexto histórico.

Dos componentes esenciales se conjugaron en el marco de la creciente industrialización del país que posibilitaron la nueva práctica asilar: la consolidación del Estado Nación y la medicalización de la sociedad.

El Estado actuó como garante del derecho de ciudadanía¹⁴⁵, ya fuera como prestador de asistencia o desde el control de los establecimientos privados con fines filantrópicos. Por su parte, la figura del médico ocupó el lugar de experto, con capacidad tanto de gestionar a nivel del Estado la Asistencia Pública Nacional, como de administrar los establecimientos y atender a la población objetivo, abarcando así un amplio “espectro de problemas sociales” que pasaron a ser “decodificados en términos de salud y enfermedad” (Mitjavila, 1992, p. 40).

La retroalimentación de ambas racionalidades posibilitó que el **bienestar de la población** asilada fuera el fundamento para su ingreso y permanencia. A nivel gubernamental, el concepto de “bienestar social” integraba la “acción social del Estado, como parte de sus funciones y como una forma de enfrentar las disfunciones generadas por el proceso de industrialización y urbanización” (Rozas, 1998, p. 9).

¹⁴⁵ El Artículo 146 de la Constitución de 1918 planteaba en forma genérica que: “los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad y propiedad”. Será recién en la Constitución aprobada en 1934, Artículo 45 donde se especificaba: “El Estado dará asilo a los indigentes o carentes de recursos suficientes que, por su inferioridad física o mental de carácter crónico, estén inhabilitados para el trabajo”. Las constituciones de los años 1942 (Artículo 45) y 1952 (Artículo 46) permanecen igual, no volviendo a presentarse variaciones hasta la Constitución de 1967, donde, en su Artículo 46, si bien mantiene esta disposición, agrega a continuación: “El estado combatirá por medio de la Ley y de la convenciones Internacionales, los vicios sociales”. La totalidad de lo dispuesto se encuentra vigente al momento actual (Incluye reformas plebiscitarias el 26 de noviembre de 1989, el 26 de noviembre de 1994, el 8 de diciembre de 1996, y el 31 de octubre de 2004).

A nivel institucional, la racionalidad médica a cargo, imprimió una perspectiva reduccionista del bienestar, asimilándolo a la prolongación de la vida del asilado (dentro de las limitaciones dadas por el diagnóstico). En nombre de la sobrevivencia biológica (ya no de la cura) se justificó el control médico sobre la vida cotidiana.

La institución se transformó en una suerte de “limbo¹⁴⁶ social” donde su población quedó atrapada indefinidamente, adquiriendo una nueva identidad totalizante: la de asilado¹⁴⁷. De esta forma, se naturalizó el amparo fundamentado en un derecho de ciudadanía, situación que paradójicamente, actuó en detrimento del ejercicio de los roles sociales que habían constituido la identidad del sujeto fuera del marco institucional.

En suma, se configuró una nueva modalidad de asilo, enmarcada en una política de Estado sustentada con fondos públicos, bajo la dirección del saber médico, con el propósito de amparo de por vida a un sector diverso de población que tenía en común ser pobre e improductivo y recibía un tratamiento indiferenciado enmarcado en una cotidianeidad controlada.

La consolidación de este patrón asilar a lo largo del siglo XX dio soporte a la instrumentación del modelo que ha caracterizado a los “residenciales para ancianos” en las últimas décadas. Si bien existen variaciones significativas entre ambas prácticas, algunos rasgos propios de los asilos permearon la institucionalización privada de la vejez reglamentada a partir del año 1965. Las permanencias y variaciones entre ambos modelos son temas de este capítulo.

El nuevo patrón de institucionalización mantuvo tres componentes del modelo asilar: el amparo a una población improductiva con escasa perspectiva de egreso, la fuerte injerencia médica en la dinámica institucional y el control de la vida cotidiana de los residentes.

¹⁴⁶ El vocablo *límbico* (del latín científico *limbicus*) deriva del latín *limbus*, con el *significado* de: 'borde que rodea cualquier cosa'. Recuperado de etimologias.dechile.net/?li.mbico

¹⁴⁷ El proyecto de colocación familiar presentado por Martirené en 1928, daba cuenta de las pérdidas de rol e identidad que suponía el régimen asilar, aun desde la racionalidad médica propia de la época.

Dentro de las variaciones operadas se destacan tres aspectos por la relevancia que adquieren en las nuevas instituciones: la práctica asistencial a partir de un régimen contractual entre particulares, la emergencia de un nuevo saber experto especializado en vejez a cargo de los establecimientos y la legitimación de la institucionalización de una franja etaria sin otra causal que la edad, otorgada por el Estado, desde un rol regulador de las prestaciones privadas.

El discurso de la gerontología y la geriatría incorporó en la agenda pública las temáticas de la vejez y de su institucionalización. Como en otras áreas, un saber específico y sus estrategias de intervención, construyeron el problema en correspondencia con la profesión, fragmentando de este modo “la cuestión social” (Topalov, 2004).

En vínculo con las problemáticas planteadas por los especialistas, se aprobaron las principales normativas en las últimas dos décadas del siglo XX. El Estado uruguayo presentaba entonces características mercado-céntricas, un “modelo que se ubica desde fines de los 70 a inicios del nuevo siglo cuya marca fundamental es la reorientación exportadora, el neoliberalismo y la austeridad fiscal” (Filgueira, 2013, p. 10).

En este contexto, el mercado ocupó un lugar preponderante en la vida económica y en la respuesta a la cuestión social. La focalización, la mercantilización y la descentralización caracterizaron las políticas sociales neoliberales, con el desplazamiento del Estado a un rol básicamente de control de la actividad privada.

Las **normativas aprobadas** con relación a la institucionalización de la vejez guardaron correspondencia con el contexto. Antes del año 1965 se limitaban a dependencias del Estado; con el Decreto (355/965) se aprobó por primera vez en Uruguay una disposición que regulaba esta práctica implementada por particulares. Comenzó a esbozarse desde entonces un cambio que se radicalizaría en las reglamentaciones de las siguientes décadas: el Estado posicionado desde un rol regulador del contrato ente oferentes y usuarios.

Además de este primer decreto, en el siglo XX se aprobaron sólo dos reglamentaciones dirigidas específicamente a la institucionalización de la vejez: el Decreto (309/984) del

año 1984 y la primera Ley de “Hogares de ancianos” (17.066), aprobada en el año 1998 y su decreto reglamentario (320/999) “Política General en materia de ancianidad - Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores”.

En el presente capítulo se revisan las normativas de la segunda mitad del siglo XX hasta la Ley de “Hogares de ancianos”. El contenido de esta ley (vigente en la actualidad), el debate parlamentario iniciado en el año 1995 para su aprobación, así como su decreto reglamentario, serán considerados en un próximo capítulo atendiendo a la extensión y la centralidad que los datos aportan para este estudio.

A continuación se presentan las reglamentaciones de este período **organizadas** en tres grandes categorías de acuerdo a los aspectos tratados:

1. La legitimación del saber experto.
2. El control de la práctica de la institucionalización privada de la vejez.
3. La designación del sector del Estado con injerencia en la temática y el rol asignado al mismo.

Los documentos analizados dan cuenta de las transformaciones operadas, las distintas concepciones que subyacen, el surgimiento de actores, la dirección de los cambios que se pretenden imponer y las necesidades registradas en la instrumentación del control estatal sobre los emprendimientos privados.

En el análisis de las prácticas de la institucionalización se tomaron en cuenta los cambios en las siguientes dimensiones: las clasificaciones de los establecimientos, los servicios ofrecidos, las figuras responsables, el perfil de la población objetivo, los recursos edilicios requeridos, los contenidos del control estatal, la frecuencia del mismo y la enunciación de las primeras disposiciones sobre los derechos de los residentes.

El nuevo saber sobre la vejez

El **surgimiento de la gerontología**¹⁴⁸ como disciplina y de la **geriatria**¹⁴⁹ como especialidad médica, instituyó un nuevo saber sobre la vejez y el envejecimiento poblacional. Su discurso delimitó parámetros de normalidad específicos para esta franja etaria, tanto en situación de salud como de enfermedad, comprendiendo todos los aspectos de la vida (y de la muerte) del individuo, así como las estrategias sociales, institucionales, familiares e individuales para su atención.

Como toda disciplina, la geriatría presentó desde el comienzo una **“formación discursiva autónoma”**, que adquirió sentido en el marco del “conjunto de las relaciones que la definen y la sitúan entre otros tipos de discursos (...) y en el contexto no discursivo en el que funciona (instituciones, relaciones sociales, coyuntura económica y política)” (Foucault, 1985, p. 50).

Desde el siglo XVIII, diversos autores realizaron aportes sobre la temática¹⁵⁰ del envejecimiento y la vejez, pero “fue tras la Segunda Guerra Mundial en 1946 cuando comenzó su desarrollo y alcanzó poco a poco el estado de campo científico independiente” (Prieto, 1999, p. 53).

En el siglo XX, una serie de hitos marcaron la consolidación de este saber disciplinar a nivel mundial, destacándose: la aprobación de la Geriatria como especialidad en el Reino Unido (1946), la fundación de la Sociedad Británica de Geriatria (1947), la creación de la Sociedad Internacional de Gerontología (1950, Lieja, Bélgica), la fundación del primer Departamento de Geriatria en Inglaterra (1958, Oxford), la creación de Institutos de

¹⁴⁸ Gerontología: “Es una disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológicas, psíquicas, sociales, económicas, legales, etc.” (Martínez, Mitchell y Aguirre, 2013, p. 8).

¹⁴⁹ Geriatria: “Rama de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto mayor en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz” (Martínez, Mitchell y Aguirre, 2013, p. 12).

¹⁵⁰ “El estudio académico sobre las personas ancianas y el envejecimiento comienzan en la Edad Moderna con los trabajos biométricos de Adolphe Quetelet (1796-1874) y Francis Galton (1822-1911). Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia, al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana” (Prieto, 1999, p. 53).

Gerontología en Kiev, Baltimore y Tokio, la realización de la Asamblea Especial sobre Envejecimiento por Naciones Unidas (1982, Viena) y su Plan de Acción (evaluado en 1992 en Nueva York) al que se adhirieron diversos países (Prieto, 1999, p. 53).

En el caso de Uruguay, los expertos en vejez comenzaron a participar tempranamente en los espacios ocupados históricamente por la medicina: asesoramiento en políticas públicas, dirección de los establecimientos “de larga estadía” y atención clínica.

En el año 1954 (2 de junio), se creó por decreto la **Comisión Nacional de Gerontología**, “determinándose sus cometidos y forma de integrarse” por parte del Consejo Nacional de Gobierno y el Ministerio de Salud Pública (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 453).

La creación de este órgano estatal, con alcance nacional referido a la vejez por primera vez en Uruguay, evidenció un reconocimiento público hacia el nuevo saber que se reafirmaría en diversas normativas aprobadas desde entonces.

Los enunciados de esta perspectiva sobre la temática no se postulaban en forma aislada, sino que se construían vinculados a otros problemas. La nueva concepción sobre la vejez surgía así en un entramado conceptual que abarcaba causas y/o efectos, vías de solución, responsabilidades, competencias y actores involucrados.

(...) la disputa por su definición es también por la determinación de las causas, por la atribución de responsabilidades, por su formación, por la determinación de ámbitos de competencia en las soluciones y por los alcances de la voluntad política de intervención. En torno a ellos se discute, se publica, se crean especializaciones y cuerpos burocráticos, que el Estado oficializa. El campo político y el de los expertos (o los técnicos) -cada vez más estos últimos- son por excelencia campos de producción de *problemas sociales*, en la medida en que son los que gestionan la *cuestión social* (Grassi, 2001, p. 4).

De acuerdo al decreto, la Comisión Nacional Gerontológica estaría formada por expertos que debían orientar las políticas públicas, a partir del estudio de los múltiples problemas gerontológicos, y de “los diversos aspectos que la prolongación de la vida media humana

introduce en la organización social actual” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 453).

En el Artículo 2 se especificaba quienes debían integrarla:

La referida Comisión estará presidida por el Director del Asilo Luis Piñeryro del Campo (Departamento de Geriátrica de la División Asistencia) doctor Juan Carlos Campisteguy, e integrará además el Director del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública, doctor Adolfo Morales y un Delegado de cada una de las siguientes instituciones: Facultad de Ciencias Económicas; Ministerios de Instrucción Pública y Previsión Social; Banco de Seguros del Estado, Ministerio de Hacienda (experto en estadística); uno en representación de las Cajas de Jubilaciones; hogar Don Orione en representación de las instituciones privadas; Instituto Nacional de Viviendas Económicas e Instituto Nacional de Colonización (Artículo 2 - Decreto Comisión Nacional de Gerontología).

Con respecto a esta **integración** cabe señalar la interdisciplinariedad (propia de la gerontología) e interinstitucionalidad con la que se proponía abordar la complejidad del tema; aun así, en este elenco la medicina mantenía la centralidad ocupando la presidencia de la comisión. Otro aspecto a hacer notar, es el tipo de organización designada para representar a las instituciones privadas. Se trataba de un establecimiento¹⁵¹ orientado a una población de distintas edades, con discapacidades, lo cual sugiere la inexistencia (y/o escasa notoriedad) de instituciones privadas dirigidas a la vejez en estos años y la asociación de la vejez con la pérdida de capacidades.

Los **supuestos teóricos e ideológicos de los que partió** el decreto, constituyen otra dimensión a considerar. Su fundamentación se sustentaba en el paradigma higienista, en los riesgos que el envejecimiento poblacional suponía para la organización social y en la necesidad de prevención de los mismos a través de las políticas públicas.

Para demostrar la importancia del problema planteado se presentaban datos sobre la extensión de la vida de la población en “los últimos 40 años”, la cual se entendía posible

¹⁵¹ Don Orione, organización sin fines de lucro, dirigida a población con alta dependencia de todas las edades. Recuperado de <http://www.hogardonorione.org/> .

debido a los “progresos alcanzados por la medicina en el terreno profiláctico, terapéutico e higiénico” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 453). Al respecto cabe mencionar que la esperanza de vida en Uruguay había pasado de 47.9 años en 1900, a 66,9 años en 1950 (INE).

A partir de los datos manejados, considerando proyecciones obtenidas en base a “tablas de natalidad” y la prolongación de “vida media” registrada hasta entonces, se preveía para América Latina “una **duplicación demográfica** que se alcanzará en las proximidades del año 1985” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 453). Resulta oportuno señalar que estas predicciones para el caso uruguayo no se cumplieron; la población pasó de 2.595.510 (censo 1963) a 2.955.241 (censo 1985).

Atendiendo a la información presentada en la fundamentación del decreto (y las proyecciones realizadas), se consideró como deber del Estado encargar “los estudios con la antelación debida” para evitar las consecuencias que este aumento de edad traería. La opinión expresada era que podía “ocasionar graves perturbaciones en la estabilidad de las comunidades, si no se ajustan y reforman los sistemas que las rigen” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 453).

Los discursos fundados en la idea de riesgo se sustentaron en la “inseguridad con relación a daños futuros” como consecuencia de decisiones tomadas en el presente. El saber experto y el conocimiento por éste generado, permitiría su gestión a partir de “interpretaciones causales” y cálculos de probabilidad de que un evento se manifestase en cualquier ámbito de la vida social. De esta forma, los estudios de riesgo otorgan el poder para actuar en problemas futuros de la vida social.

constituyen un tipo de respuesta versátil, diversificada y socialmente productiva a las incertidumbres y amenazas que plantea la vida social contemporánea, al punto de adoptar la forma de un verdadero dispositivo de conocimiento y de ejercicio de poder apto para actuar en los más variados e insospechados espacios del tejido social (Mitjavila, 1999, p. 27).

Los riesgos que preocupaban a quienes fundamentaban el decreto, no estaban referidos al cuidado de la vejez, sino a la viabilidad del mantenimiento de la población improductiva con relación al costo que representaba para la población activa.

(...) la prolongación de la vida media, de mantenerse los actuales sistemas de pensiones, jubilaciones, subsidios y otros sistemas de ayuda, harán que sea mayor el tiempo que las personas están en pasividad, que aquel en que permanecieron en actividad y producción, originando sobre las clases activas una sobrecarga imposible de sobrellevar, y que, de no ser compensada, puede originar la bancarrota de los sistemas actuales (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 454).

Frente a este posible escenario, se proponía aumentar el período de actividad laboral, bajo el argumento de que la mayor permanencia repercutiría en el bienestar del individuo y de la sociedad. A tales efectos, las funciones “arbitrales” de la medicina resultaban pertinentes para evaluar la capacidad de cada sujeto de sostener su ámbito de empleo, volviendo a establecerse una nueva correspondencia entre el saber médico (en este caso particular la geriatría) y la conservación de un orden social.

(...) el ajuste entre las dimensiones instituida e instituyente de la práctica médica (léase como producto social y como fuente de producción social) será más marcado cuanto más fuertemente opere la compatibilidad entre las reglas que internamente estructuran su propio discurso y los imperativos externos que definen su función de legitimación del orden social (Mitjavila, 1992, p. 43).

El criterio utilizado hasta el momento de medir la “capacidad por la edad cronológica en lugar de hacerlo por su estado biológico y funcional” fue cuestionado. La propuesta era modificar el sistema de retiro de la actividad laboral, entendiendo que el mismo “ocurre bruscamente sin una fase preparatoria imprescindible”, por otro “más razonable, progresivo y que redujera selectivamente la actividad del individuo paralelamente con su involución fisiológica y que este procedimiento, aparte de beneficiar al individuo y a la sociedad, lo mantendría en una actividad higiénica saludable” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 454).

El texto del decreto aporta una última línea de información valiosa sobre este momento histórico con relación a las representaciones de la vejez y su cuidado, reeditando posiciones y fundamentaciones ya presentados a principio del siglo. Por un lado se reitera la preocupación sobre la centralización de la asistencia en el país:

Dentro de los planes y medidas que proyecte la referida Comisión, deberá programarse el funcionamiento de colonias o estaciones para alojamiento de ancianos en las diferentes zonas del país, de manera que puedan atenderse en forma equitativa y accesible, las necesidades de todos los departamentos al respecto (Artículo 3 - Decreto Comisión Nacional de Gerontología).

Por otro lado, se retomaba la importancia de desinstitucionalizar¹⁵² a los asilados trasladándolos a espacios familiares e integrándolos a la “organización social”, tendiendo a la “desaparición del anacrónico asilo” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 455). El objetivo era sustituirlo, “según el grado de senilidad, por diversos órdenes de colocaciones y ambientaciones, que cuidan preponderantemente aquello que atañe a la esfera anímica y física para procurar el máximo de bienestar” (Diario Oficial, Registro Nacional de Leyes, 1955, p. 455). Se volvían a colocar de esta forma las implicancias adversas de la institucionalización, en oposición a la inserción familiar y comunitaria. El Artículo 5 del decreto planteaba:

Las programaciones que efectúen deben de tener presente dos puntos fundamentales: 1. La ubicación del anciano en un ambiente con mayor similitud al familiar; 2. Que éste por sus condiciones permita desarrollar actividades adecuadas a las posibilidades seniles, que impidan la inactividad perjudicial para el individuo (Artículo 5 - Decreto Comisión Nacional de Gerontología).

¹⁵² Recordar proyecto presentado por José René Martirené en 1928.

En las décadas siguientes a la aprobación de esta normativa, la geriatría¹⁵³ fue consolidándose como una nueva disciplina médica. En 1977¹⁵⁴ “se otorgaron en la Facultad de Medicina los primeros títulos de Geriatras por competencia notoria” comenzándose “la formación específica de geriatras a nivel de post grado” (Aguiar et al, 1978, p. 111). Al mismo tiempo, las fuentes indican que en 1975 ya existía una policlínica geriátrica en el Hospital Maciel que funcionaba en forma “autónoma” (Conferencia del Coordinador General de los Servicios de Geriatría del MSP en 1975 en Aguilar et al, 1978, p. 120).

El desarrollo de la nueva disciplina mantuvo un vínculo estrecho con los requerimientos del envejecimiento poblacional. En este sentido, la información demográfica de mediados del siglo XX ya mostraba en el país una “estructura de edad envejecida”¹⁵⁵, definida así cuando el 7% del total de la población es mayor de 60 años. Los datos censales indican que en 1963 el 11.6% de la población tenía 60 y más años¹⁵⁶.

El 9 de junio de 1959 fue fundada la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría (SUGG). Expresaba entre sus fines: “realizar y estimular estudios de la especialidad, dando a la misma el lugar que le corresponde dentro de las ciencias médicas”¹⁵⁷. Esta finalidad representaba el posicionamiento de la geriatría en el marco de la medicina. “Cada nueva profesión elabora una tecnología que le es propia, reivindica una legitimidad científica específica y se afirma con la creación de asociaciones que pregonan su

¹⁵³ “Aun cuando desde la década de los 60 existe en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública un programa de Asistencia Social y Atención Médica del Anciano (...), el ímpetu manifiesto en la expansión de los servicios gerontológicos en la década de los 70 puede remitirse a la realización de las jornadas de Promoción del Bienestar Social de la Ancianidad, convocadas por el Consejo Uruguayo de Bienestar Social en 1969. En 1972, el Hospital Evangélico y el Instituto Ecuménico realizaron un ciclo de conferencias sobre la ancianidad y surgen las primeras iniciativas tendientes a coordinar la acción privada, que desembocan en la creación de la Agrupación Nacional de Entidades Privadas pro Bienestar del Anciano en junio de 1973” (Aguiar et al, 1978, p. 110).

¹⁵⁴ En 1974 había seis (6) médicos geriatras en el país, pasando a sesentauno (61) en 1987. (SMU, Padrón Médico del Uruguay, 2010). Demografía médica en el Uruguay. Cuadro. Distribución de médicos activos por especialidad Actualizado al 30 de junio de 2010. Recuperado de http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_esp.php

¹⁵⁵ La forma en que se distribuyen los grupos de edades en una población dada representa la “estructura de edad de una población”.

¹⁵⁶ Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por edad y sexo. En <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>

¹⁵⁷ SUGG. Recuperado de <http://www.sugg.org.uy/images/cartageriatricogerontologica>

autonomía y de institutos de formación que organizan su reproducción” (Topalov, 2004, p. 56).

Al igual que otras disciplinas, la geriatría se constituía en un saber tecnológico obtenido a través de la observación del comportamiento de los sujetos, que posibilitaba registrarlos, compararlos, ordenarlos y clasificarlos. La información acumulada a través de la observación del envejecimiento de la población, permitió generar una construcción discursiva que posicionaba al nuevo saber en un entramado conceptual y de relaciones de poder preexistentes.

La regulación estatal de la institucionalización privada de la vejez

Transcurrieron treinta años entre la aprobación de la primera normativa que hizo referencia a los establecimientos privados de cuidado a la vejez (1965) y el comienzo del debate de la Ley de “Hogares de ancianos” (1995).

Como se planteó en la introducción, en este período (1965 - 1995) las restantes disposiciones aprobadas pueden agruparse en dos grandes categorías atendiendo a la temática tratada:

- 1. La práctica de institucionalización;** sólo dos normativas integraron disposiciones relativas a regular los establecimientos: el Decreto 355/965 (1965) y el Decreto 309/984 (1984). La primera formó parte de una reglamentación que atendía otras problemáticas, ocupando las instituciones dirigidas a la vejez un lugar secundario en la misma; únicamente el Decreto (309/984) se dirigió específicamente a la regulación de esta materia.
- 2. Los sectores del Estado a cargo del control y/o apoyo de los establecimientos;** estas disposiciones se alternaron con las normativas que regularon la institucionalización y/o coexistieron en los textos de las mismas.

Además de los dos decretos ya mencionados (355/965 y 309/984), se encontraron disposiciones al respecto en la ley Jubilación de Productores Rurales (N° 13.705) aprobada en 1968 y en la Ley denominada “Se reinstitucionaliza el Banco de Previsión Social¹⁵⁸ (suprimiéndose la Dirección General de la Seguridad Social”, Ley N° 15.800, sancionada en 1986).

A continuación se presentan el contenido y los cambios de estos dos niveles de reglamentaciones.

Disposiciones sobre la institucionalización privada de la vejez (1965-1995).

Las normativas dirigidas en esta etapa a regular la institucionalización dan cuenta de cuatro aspectos que interesa analizar: la legitimación por parte del Estado de los establecimientos privados para la asistencia a la vejez bajo la dirección médica, la consolidación de la geriatría como disciplina a cargo de los mismos, los movimientos en la delimitación (y clasificación) de la población objetivo y la visualización de los derechos de los residentes.

En el año 1965, por primera vez se hacía mención a la institucionalización privada de la vejez en una normativa en Uruguay. El **Decreto 355/965 denominado “Casas de Salud y Establecimientos de Asistencia”** buscó regular los establecimientos “privados de asistencia y prevención”, reglamentado la “instalación y funcionamiento de los particulares” (Registro Nacional de Leyes y Decretos. Leyes 13.322-13.395. Publicación Oficial, 1965, Tomo I, p. 923).

Algunos artículos comprendidos en el decreto expresaban dicho propósito. Como condiciones los emprendimientos no podrían depender del Estado y debían ofrecer “a los

¹⁵⁸ El Banco de Previsión Social fue creado por el Artículo 195 de la Constitución de 1967. Decía este artículo: “Crease el Banco de Previsión Social, con carácter de ente autónomo, con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social, ajustándose dentro de las normas que establecerá la ley de deberá dictarse en el plazo de un año”.

pacientes, en forma remunerada o gratuita asistencia médica o médica quirúrgica general o especializada” (Artículo 1 - Decreto 355/965).

Los establecimientos se clasificaron en dos categorías (Artículo 36 - Decreto 355/965) diferenciadas en base a **si se realizaba o no cirugía**. La primera, bajo la denominación de “Sanatorios”, agrupaba a todas aquellas instituciones donde se brindase asistencia médica e intervenciones quirúrgicas de cualquier especialidad. En la segunda se encontraban las denominadas “Casas de Salud y Hogar de Ancianos”. Comprendían a las “casas de salud o para convalecientes o para cuidado de ancianos”, entendidas como “todo establecimiento particular que tenga a su cuidado enfermos para su recuperación, a los cuales se preste asistencia médica sin realizar intervenciones quirúrgicas” (Artículo 36 - Decreto 355/965).

El decreto aporta así tres primeros datos. En primer lugar la existencia en el país de establecimientos privados no dependientes del Estado para el cuidado de la vejez. No se encontró información acerca del momento histórico en que éstos hicieron su aparición, pero resulta razonable inferir que en el año 1965 eran suficientes como para que el Estado entendiera necesaria su regulación.

En segundo lugar, la legitimación estatal de estos emprendimientos a partir de su regulación y el control público de los mismos, indiferenciando aún en esta etapa si los mismos eran gratuitos o pagos.

En tercer lugar, se ponía como condición para la asistencia a la vejez (al igual que para el resto de los residentes de estos establecimientos) el requerir de asistencia médica “para su recuperación”. Tenía tal peso este criterio que una práctica médica específica (la quirúrgica) era el único indicador utilizado para diferenciar los establecimientos y su población objetivo.

Con respecto específicamente a la segunda categoría “Casas de Salud y Hogar de Ancianos”, si bien su denominación la vinculaba con el objeto de estudio de este trabajo, todavía presentaba una delimitación difusa. La población objetivo de la misma eran pacientes abarcados bajo el amplio rótulo de: “Medicina general, Nerviosos y mentales y

Enfermos infecto contagiosos y crónicos” (Artículo 2 - Decreto 355/965). La edad no era mencionada en ningún momento.

Lo anterior aporta un cuarto elemento a considerar; las “conductas socialmente desviadas” que otrora fueron “objeto de abordaje por parte de esferas institucionales como el derecho y la religión” (Mitjavila¹⁵⁹, 1992, p. 40), mantuvieron en el transcurso del siglo XX una estrecha vinculación con la medicina y la posibilidad de “curación”.

La población objetivo de estos establecimientos pagos, demuestra que la institucionalización dejó de ser una actividad exclusiva destinada a “prevenir y curar las ‘prácticas erróneas’ de los pobres” mientras que “los ricos se asistían a domicilio a través de los médicos de familia” (Morás, 2000, p. 169). Aun así, es posible suponer que el encierro de este perfil de población (diverso, pero ya no necesariamente pobre) continuaba colaborando con “el mantenimiento de los principios del orden social” del nuevo momento histórico.

Las transformaciones registradas no eran novedosas en sí mismas, sino en la combinación de condiciones que presentaban. Se trató del desarrollo de una medicina privada, regulada por el Estado, que mixturó la relación médico-paciente con un vínculo contractual servicio-cliente enmarcada en instituciones fuera del ámbito mutual¹⁶⁰.

Decía el Artículo 3 del Decreto 355/965:

El funcionamiento de los establecimientos de asistencia pertenecientes a Sociedades Mutuales; los destinados al alojamiento y asistencia de psicópatas; al aislamiento de

¹⁵⁹ La autora está haciendo referencia a los aportes de R. Crawford: Healthism and the medicalization of everyday life, en *International Journal of Health Services*, vol. 10, n° 3, 1980 m (pp. 365 - 387).

¹⁶⁰ Con respecto al mutualismo aportan dos datos sobre el tema. El primero es que “La cobertura de la asistencia médica a través del mutualismo se inició en el Uruguay a mediados del siglo XIX, a partir de la constitución de estas instituciones por los inmigrantes que llegaron al país no mucho tiempo después de su surgimiento como Estado independiente. La ayuda que brindaban estas sociedades se refería a situaciones que se pueden considerar integrantes del concepto de seguridad social. La asistencia económica en caso de enfermedad o desempleo y la atención médica eran algunos de sus fines. Con el correr del tiempo, esta última se constituiría en su principal actividad” (Martínez, 2007, p. 7) El segundo dato a considerar es que en nuestro país las mutualistas “son las asociaciones civiles que mediante aportes de sus asociados tienen por objeto la prestación de servicios de asistencia médica integral por sistema de prepago y sin fines de lucro (Martínez, 2007, p. 11).

crónicos o infecto-contagiosos, etc., se regirán, además, por las respectivas reglamentaciones particulares en vigencia o aquellas que se promulguen (Artículo 3 - Decreto 355/965).

Con el decreto del año 1965, comenzaba a configurarse un modelo de institucionalización privado (no mutual, ni dirigido a tratamientos psiquiátricos) con la medicina como único marco de referencia. Al igual que la clasificación de los establecimientos y el perfil de la población objetivo, también quedaban reducidos a este criterio tanto la formación exigida al Director Técnico, como la importancia otorgada a la higiene y a la previsión de riesgos en las instalaciones.

Con respecto a la **Dirección Técnica**, para ambas categorías de instituciones (“Sanatorios” y “Casas de Salud y Hogar de Ancianos”), se establecía que el **cargo debía ser ocupado por un médico cirujano**¹⁶¹ (Artículo 9 - Decreto 355/965). Esto resulta llamativo considerando el perfil amplio y heterogéneo de la población a la que se dirigía y el hecho de que no en todos los establecimientos se preveía la práctica de la cirugía.

En relación a las instalaciones, el decreto incluía disposiciones sobre pautas de: higiene y desinfección, ventilación e iluminación de ventanas, puertas, pozos de aire (Artículo 38 - Decreto 355/965), tamaño de las habitaciones, número de camas, materiales de pisos, paredes (pintura lavable) y techos (artículos 39 y 40 - Decreto 355/965), número de baños según usuarios, materiales de construcción, agua caliente (Artículo 41 - Decreto 355/965) y materiales de cocina (Artículo 42 - Decreto 355/965). También se exigían medidas de seguridad como la calefacción sin combustión (Artículo 44 - Decreto 355/965) y la instalación contra incendio “de acuerdo con las indicaciones del cuerpo de bomberos” (Artículo 45 - Decreto 355/965). La instalación eléctrica por su parte debía estar embutida, contando con un timbre por cama y un tablero central (Artículo 46 - Decreto 355/965).

¹⁶¹ En el momento estaba vigente el Plan de estudios del año 1945 que otorgaba el título de Dr. en Medicina. La secuencia de planes de estudio de la Facultad de Medicina en Uruguay son los siguientes: primer Plan 1849, segundo Plan 1884, tercer Plan llamado “Scocería” es de principios del siglo XX y fue modificado en 1929. Éste otorgaba el título de “Doctor en Medicina y Cirugía”. Le siguió el Plan 1945 que otorgaba el título de Dr. en Medicina, lo que se mantuvo con el Plan 1968 (durante la dictadura se vuelve al Plan 1945). (Rizzi)

Como se planteó antes, la temática de la institucionalización de la vejez presentaba un lugar secundario dentro de las primeras normativas. El Capítulo VI del decreto trataba sobre los “Requisitos particulares exigidos para Casas de salud y Hogares de ancianos”, ocupando media carilla de extensión de un total de quince que tiene el decreto. En el mismo se establecían los requerimientos para su regularización (trámites, plazos) y remitía a algunas disposiciones redactadas para la categoría “Sanatorios”¹⁶² que también debían de ser cumplidas por las “Casas de salud y Hogares de ancianos”, sin aludir a ningún aspecto específico referido a los “ancianos”. Esto, junto a la especialidad requerida para la Dirección Técnica, daba cuenta de la marginalidad que la temática de la vejez tenía aún en las normativas.

Un último elemento a mencionar sobre el Decreto 355/965, dada la relevancia que tomaría el tema en las siguientes décadas, es que no hacía mención a los derechos de los residentes.

Sobre el final del período de facto (1º de agosto 1984), se aprobó el **Decreto (309/984) “Regulación a establecimientos que alojan ancianos”**, derogando el vigente desde el año 1965 (Registro Nacional de Leyes y Decretos (15.585-15.698) Segundo Semestre, 1984, p. 255).

La Dirección Nacional de Promoción Social había asesorado en el contenido de la normativa que tenía como propósito “**favorecer de manera personal y colectiva el nivel de vida del anciano institucionalizado y su integración a la sociedad**” (Registro Nacional de Leyes y Decretos (15.585-15.698) Segundo Semestre, 1984, p. 255).

La aparición de una política cuyo objeto de intervención es la institucionalización de la vejez, puede leerse como parte de un mecanismo de **regulación de la sociedad** que busca “controlar las instituciones y hacerlas funcionales al proyecto” (Rozas, 1998, p. 11). Al igual que las restantes instituciones, se orienta a mantener un cierto “orden social”, y por tanto conlleva “una **intencionalidad ideológica** que se explicita en un **ordenamiento de instituciones**, como afirmación de una **legitimidad** que busca mostrar una **factibilidad**

¹⁶² Eran los artículos: 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46 y 46.

objetiva (...) legitimidad como un conocimiento socialmente reproducido que sirve para **explicar y justificar el orden social** objetivado” (Rozas, 1998, p. 16).

El decreto del año 1984 reafirmaba, por un lado, aspectos vistos en la normativa de 1965 y por otro, mostraba movimientos significativos hacia concepciones que, en algunos casos, se consolidarían como tendencias en las siguientes reglamentaciones y en otros retornarían a posiciones anteriores. En este sentido, en la lectura de la información aportada cabe destacar diversos aspectos.

Fue la primera normativa del país que atendía exclusivamente a la regulación estatal de los emprendimientos privados dirigidos a la vejez. Hacía referencia a “establecimientos que alojan ancianos”, entendidos como “aquellos que **con o sin fines de lucro**, atienden a personas con 65 años o más edad” (Artículo 1 - Decreto 309/984). Si bien el decreto especificaba la edad de la población objetivo, esto no quería decir que fuese un criterio excluyente ya que entraban en esta definición aquellos establecimientos en los que el 30 % o más de su población alojada fueran “personas mayores” (Artículo 3 – inciso b - Decreto 309/984). Más allá de esta laxitud todavía presente en el criterio de ingreso, la mención de la edad es un dato relevante porque lo instala como un indicador que empieza a adquirir cierta significación en vínculo con la salud y el colectivo social.

(...) el que una determinada sociedad marque una etapa específica del desarrollo biológico en relación con la salud, depende de los factores social y culturales que actúan en un determinado lapso (...) la medicina, o hablando en sentido más amplio, la atención para la salud, es un aspecto funcional de la sociedad (Rosen, 1985, p. 60).

En esta definición de los establecimientos, cabe señalar también la sustitución de un criterio que diferenciaba la asistencia entre “remunerada o gratuita” (usado en el decreto anterior), por otro que distinguía en perseguir o no fines de lucro. Este cambio transfería el énfasis puesto en la gratuidad privada, vinculado por defecto con la beneficencia en situaciones de pobreza, hacia la posibilidad de ganancia como motor (legítimo) del emprendimiento privado. En otras palabras, en la nueva reglamentación la asistencia a la pobreza deja de ser una variable, considerando solamente la posible rentabilidad que la actividad supone.

En la década de los 80, estos emprendimientos privados lucrativos de asistencia a la vejez no constituyeron una situación aislada. Se enmarcaron en la progresiva “aparición de los espacios de las organizaciones no gubernamentales, que han adquirido centralidad a partir de las instrucciones impartidas por los organismos internacionales en la era neoliberal sobre la materia (políticas sociales)”. Esta reorientación tuvo como resultado la “participación del mercado y su consecuente estructuración de las organizaciones comerciales. Se trata de la prestación de servicios sociales que mantienen fines de lucro (...)” (Cazzaniga, 2011, p. 7).

En este contexto, la lógica del mercado pautó el tipo, la calidad y los costos de los servicios ofrecidos, regulándose las variaciones por la ley de libre oferta y demanda. Aunque en la fundamentación se planteaba “la necesidad de reglamentar la instalación y funcionamiento de establecimientos que alojan ancianos”, sólo se establecían las “exigencias mínimas que deben poseer” de acuerdo a las pautas gerontológicas vigentes.

Lo anterior comenzó a cambiar la estructura de las instituciones que caracterizaban “la sociedad salarial”, conformadas en vínculo con “una necesidad-demanda social”. Si bien las mismas se diferenciaban en función de la cuestión atendida, el Estado operaba “como instancia articuladora de la totalidad social” (Cazzaniga, 2011, p. 5). En el nuevo modelo, la relación entre necesidad y satisfacción pasó a estar mediada fundamentalmente por el consumo de bienes y servicios ofertados por el mercado, comenzado a ocupar el apoyo a través de las instituciones estatales un lugar residual.

El decreto del año 1984 **clasificaba nuevamente los establecimientos**, pero con distintos criterios que su precedente. La primera dimensión considerada eran las capacidades psico-físicas de los ancianos residentes según fueran: “**autoválidos**” o “**patológicos/incapaces**”¹⁶³. Se entendía por autoválido a “toda persona que cuente con 65 años o más edad, que no requiere atención médica o de enfermería permanente y que su

¹⁶³ El establecimiento podía tomar ambas poblaciones por lo que se definía en una tercera categoría denominada mixta.

estado psico-físico le permita realizar por sí misma las tareas básicas de la vida cotidiana” (Artículo 5 - Decreto 309/984).

Al incluirse en la clasificación a la población autoválida, se registró un viraje sustancial en la política, equiparándose la práctica de estas instituciones a las “intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales” (Danani, 2009, p. 32). Como resultado, a partir de este momento, el Estado uruguayo legitimó prácticas de institucionalización para el cuidado que no requerían un diagnóstico de enfermedad, pérdida de autonomía o falta de capacidad de atención por parte de la familia, pasando la edad a ser el factor determinante para el ingreso y la permanencia en un establecimiento¹⁶⁴.

Un **segundo criterio de clasificación de los establecimientos** estaba dado por el tipo de servicios que prestaban. Estos servicios a su vez condicionaban las características de la población que el establecimiento podía atender y los requisitos para la persona responsable. En base a la combinación de estos elementos se construyeron cuatro categorías de establecimientos. Las tres primeras tenían en común estar dirigidas exclusivamente a “autoválidos” y se diferenciaban entre sí por sus servicios, la población objetivo y la figura responsable.

En la primera se encontraban los establecimientos que sólo brindaban alojamiento y estaban dirigidos exclusivamente a “ancianos” de escasos recursos, sin apoyo socio familiar, siendo su responsable el dueño del lugar (Artículo 3 - a - Decreto 309/984).

En la segunda se agregaba al alojamiento la alimentación. En este caso no importaba la situación económica y socio familiar del sujeto destinatario (Artículo 3 - b - Decreto 309/984).

¹⁶⁴ Artículo 2º.- “Los establecimientos privados a que refiere la presente ley son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios. A estos efectos se considera adulto mayor, a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad”.

En la tercera categoría, además de los servicios mencionados en las anteriores, se brindaba asistencia geriátrica - gerontológica. El propósito, era “**revalorizar y resocializar** al anciano institucionalizado, **buscando reincorporarlo a la vida activa y útil**” (Artículo 3 – c - Decreto 309/984). Para esta modalidad se exigía brindar: ejercitación física, “servicios de reinserción social”, por lo menos dos salidas o reuniones al mes y la participación del residente en “reuniones periódicas para tratar aspectos de la vida interna del establecimiento” (Artículo 29 - Decreto 309/984).

Las “expectativas de funcionamiento” propuestas por el Estado (Artículo 6 - Decreto 309/984) eran medidas por una serie de dimensiones cuyo “análisis y ponderación” señalaría a cuál de las tres primeras categorías correspondía el establecimiento. Los indicadores utilizados a tales efectos eran: **el respeto y la privacidad**, la planta física, el equipamiento y el personal, las actividades socio recreativas (dentro del establecimiento o en coordinación con otras instituciones), servicios de salud y grado de participación de los residentes. En este último punto, se buscaba medir las posibilidades que tenían los residentes de “influir tanto en el funcionamiento interno del establecimiento, como en la vida comunitaria” (Artículo 6 - Decreto 309/984).

La cuarta categoría, única modalidad dirigida a la población no autoválida con “patologías o minusvalías físicas o síquicas permanentes o temporales”, tendría una reglamentación “especial” que debería ser elaborada y supervisada por el Ministerio de Salud Pública (Artículo 4 - Decreto 309/984).

Con respecto a la capacitación gerontológica, la misma era exigida para dirigir todas las categorías de instituciones, aun aquellas cuya población era autoválida y no requería “atención médica o de enfermería permanente” (Artículo 5 - Decreto 309/984). El responsable para todas las categorías de establecimientos debía ser un “Director Técnico con capacitación gerontológica” (ya no un “médico cirujano”). En caso de escasez de recursos, podría el dueño del establecimiento ocupar este rol (Artículo 31 - Decreto 309/984), debiendo para ello realizar cursos de capacitación gerontológica dictados por los organismos competentes (Artículo 32 - Decreto 309/984).

Una vez establecida la clasificación de las instituciones, la incorporación del sujeto en cada modalidad de atención no era voluntaria u opcional, sino que se trataba de una “distribución diferencial” que establecía una identidad (“quién es”), un lugar y una categoría (Foucault, 2003, p. 196).

Por otra parte, los parámetros pre definidos de normalización permiten identificar la desviación de la conducta en términos no sólo de normal-anormal, sino de correcto-incorrecto (Foucault, 2000 b, p. 105) fundamentando la distinción en una concepción de riesgo y potencialidad (en este caso de enfermarse, caerse, aislarse, etc.). De acuerdo al decreto, los requerimientos considerados para alcanzar esta normalidad y alejarse del riesgo serían: el ejercicio físico, la participación en las reuniones, la inserción social y la “vida activa y útil”.

Una última dimensión importante que incorpora el decreto del año 1984 se vincula a los **derechos de las personas institucionalizadas**. Al respecto el texto aporta diversos datos que requieren ser analizados.

Por primera vez una normativa dirigida a los establecimientos privados buscó garantizar la libertad del residente¹⁶⁵, aunque de ahí en más, siempre supeditada a la opinión médica y a las reglamentaciones de la institución. El Artículo 24 decía: “Las salidas serán libres si no existe contraindicación médica, debiendo el internado respetar el reglamento interno del establecimiento. El régimen de visitas será libre respetando los horarios de descanso de los internados y el reglamento interno antes mencionado” (Artículo 24 - Decreto 309/984).

Estas menciones a la libertad, tanto del residente como de las visitas, y la necesidad de su reglamentación, ponían de manifiesto que en la práctica no siempre se respetaban. Cabe señalar que recién cuando la pobreza dejó de formar parte de la ecuación, el ejercicio de este derecho fue leído por el Estado en términos de vulneración.

¹⁶⁵ Constitución de 1967, en el Artículo 12: “Nadie puede ser penado ni confinado sin forma de proceso y sentencia legal”.

Una de las dimensiones consideradas por Goffman en su análisis de las Instituciones Totales, es el vínculo con el entorno. El autor plantea que éstas presentan una “tendencia absorbente y totalizadora”, la cual aparece “simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa” (Goffman, 1994, p. 18). Los establecimientos en los que se institucionaliza a la vejez se ubicarían dentro de una de las cinco categorías de Instituciones Totales que identifica el autor: la de cuidar personas “que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas” (Goffman, 1994, p. 18).

Por otra parte, considerar “el respeto y la privacidad” (Artículo 6 - Decreto 309/984) como indicador para categorizar los establecimientos, refleja que estos aspectos no eran exigidos en tanto derechos inalienables, sino que eran considerados variables posibles de un servicio dentro de la oferta del mercado. La posible ausencia de respeto y privacidad dentro de las instituciones, adquiere otra significación si es leída como una de las formas de “mortificación del yo” en términos de Goffman¹⁶⁶ (1994, p. 36).

Otra información aportada sobre la que resulta pertinente detenerse es la supeditación de la movilidad del residente a la opinión médica. Si bien en este contexto institucional y normativo, la integración de la vejez a su entorno social comenzó a expresarse como valor y a enunciarse como un propósito en la normativa, se trató de una integración regulada por la valoración exclusiva del saber experto. La ausencia de disposiciones que especificaran mecanismos, días y horarios de salida fuera del establecimiento, así como dispositivos para el egreso definitivo (a diferencia del modelo asilar del siglo XIX), otorgaron al Director Técnico una discrecionalidad absoluta en relación al tema.

El vínculo establecido entre el usuario y el profesional en la implementación de la Política Social afecta de forma determinante los resultados de la misma, por la reproducción de las “relaciones y estructuras sociales prevalecientes” que se da en el marco de la prestación del bien y/o el servicio. Plantea Fleury:

¹⁶⁶ Goffman plantea que dentro de las Instituciones Totales “el interno casi nunca está completamente solo; siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado” (Goffman, 1994, p. 36).

Actuando como una red de micropoderes relacionada a la provisión de servicios sociales, las políticas sociales se caracterizan tanto por la incorporación/producción/reproducción de tecnologías y procesos, como también por el hecho de que el consumo o utilización del beneficio o servicio, es generalmente, mediado por la presencia de un profesional. Estas dos características – la incorporación de tecnologías y la mediación por el trabajo humano – marcan la política social (Fleury, 2000, p. 9).

El poder dado por la norma a una disciplina para decidir la salida y/o reclusión del sujeto en el marco de estas instituciones resulta significativo por dos motivos: tenían como objetivo explícito la salud o el amparo y existía una libre relación contractual entre privados (cliente – usuario y prestador de un servicio), en la que no estaba prevista la coerción para el ingreso. ¿Qué es lo que fundamenta entonces la legitimidad de estas disposiciones? El texto del decreto no lo aclara. La ausencia de una fundamentación al respecto podría explicarse en la naturalización de un vínculo que coloca a los residentes en un lugar de asimetría y subordinación frente a la figura de la autoridad médica (Director Técnico).

Foucault (2007) propone algunos conceptos sobre la relación saber-poder que aportan al respecto. El poder adquirido en base a un saber, posibilita el ejercicio de una actividad que a su vez otorgará un mayor saber reforzando el poder. Se trata de una forma de poder que “sólo puede funcionar gracias a la formación de un saber, que es para él tanto un efecto como una condición de su ejercicio” (Foucault, 2007, p. 59).

En este sentido también aporta Fleury:

Las políticas sociales participan en el proceso de reproducción de la sociedad, generando conocimientos, redefiniendo y creando nuevos campos disciplinarios, produciendo instituciones y modalidades de práctica profesional, reproduciendo normas que definen los límites entre el normal y el patológico (Fleury, 2000, p. 9).

Es el “saber experto” sobre la salud lo que ubica al médico en un lugar de autoridad, haciendo extensivo este saber - poder a todos los aspectos de la vida del residente. Este saber se presenta como inocuo, ecuánime, neutro y despolitizado, en otras palabras, es un

saber que se presenta como “verdad” y como tal, justifica que se transforme en un vector de poder. El poder resultante, desde la perspectiva de Foucault, sólo es posible en el marco de la racionalidad de un contexto específico (en este caso el establecimiento / hogar / residencial) que conforma un campo de relaciones. Es así como una “anomalía biológica” o de comportamiento puede llevar a una pérdida de status jurídico (Foucault, 2007). En otras palabras, estar fuera de la regla (no ser autoválido, o ser viejo) puede llevar al sujeto a perder su derecho de autodeterminación como adulto, incluyendo aspectos tales como la afectación de la libertad de salir del establecimiento por la mera voluntad de hacerlo.

Desde esta perspectiva podría inferirse que las prácticas asilares consolidadas en las primeras décadas del siglo XX, sentaron los fundamentos prácticos, aportaron el sustrato teórico y establecieron los antecedentes históricos, que harían posible en la segunda mitad del siglo XX, la aprobación de las disposiciones analizadas hasta el momento, otorgando legalidad a la implementación de las prácticas de institucionalización de la vejez en este período.

Las normativas referidas al vínculo del Estado con el sector privado (1965 - 1995).

La construcción social de la temática en este período, sustentó las categorías en que se clasificaba a los establecimientos (y su población objetivo), constituyendo el problema, precisando sus causas y proponiendo alternativas de solución. “El problema es, así, dependiente de su definición como tal en los procesos de hegemonización, donde se imponen los términos con que se lo nomina, describe y se especifica el contexto de referencia (económico, cultural, etc.), al cual es remitido” (Grassi, 2003, p. 22).

El vínculo del Estado con los establecimientos privados, fue establecido a partir de un segundo grupo de normativas que le atribuyeron distintos roles a diferentes sectores. Estas variaciones presentan relación con el contexto histórico y con la modalidad de los emprendimientos, dependiendo de que se sustentara en el mercado (con fines de lucro) o en la sociedad civil organizada.

Atendiendo a estas diferencias se identificaron cuatro normativas que hacen referencia al rol del Estado:

1. El **decreto del año 1965**; ubicó al Ministerio de Salud Pública como único organismo rector de la institucionalización de la vejez en establecimientos no dependientes del Estado (Decreto 355/965).
2. La **Ley N° 13.705** de Jubilación De Productores Rurales¹⁶⁷ (1968); estableció la cooperación entre el Ministerio de Obras Públicas y el Banco de Previsión Social para el apoyo de emprendimientos de la sociedad civil que no estaban incluidos en la normativa anterior por depender del Estado.
3. El **decreto del año 1984**; distribuyó el control entre los ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social, dependiendo de la tipología que el establecimiento ocupara en la clasificación (Decreto 309/984), pero abarcando a la totalidad de los mismos (dependientes o no del Estado).
4. La **Ley 15.800**¹⁶⁸ (1986); le otorgó al Banco de Previsión Social la función de apoyar a los “hogares colectivos” (sustentados en la sociedad civil organizada).

Las **primeras disposiciones sobre el rol estatal** datan del año 1965, especificándose en el mismo decreto (355/965) que buscaba regular los establecimientos. Se establecía al Ministerio de Salud Pública como el único sector del Estado con injerencia en la temática de las “Casas de Salud y Establecimientos de Asistencia”. La fundamentación se apoyaba en lo dispuesto por la Ley Orgánica de Salud Pública, Asistencia e Higiene¹⁶⁹ (N° 9.202), aprobada en el año 1934. La misma había otorgado al “Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública” las competencias para la “organización y dirección de

¹⁶⁷ República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/13705>

¹⁶⁸ Ley 15.800: “Se reinstitucionaliza el Banco de Previsión Social y se suprime la Dirección General de la Seguridad Social”. Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/15800>

¹⁶⁹ La Ley Orgánica de Salud Pública, Asistencia e Higiene establecía entre otras disposiciones: su competencia de policía sanitaria, la gratuidad de los servicios para casos de “pobreza notoria” y la potestad para la clausura de establecimientos por condiciones de insalubridad. IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934/32>

los servicios de Asistencia e Higiene” (Artículo 1, Decreto 355/965, Registro Nacional de Leyes y Decretos. Leyes 13.322 - 13.395. Publicación Oficial, 1965, Tomo I, p. 923).

En materia de asistencia, el Artículo 3 de la Ley Orgánica planteaba:

competen al M.S.P., la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados, que no quedaren sujetos al Ministerio de Protección a la Infancia (Artículo 3, Ley Orgánica, 1934, IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Ministerio de Salud Pública).

Por otra parte, en materia de higiene, la Ley Orgánica establecía como cometidos del Ministerio de Salud Pública:

La determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común, etc.; disponer su inspección y la vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto (Artículo 2, Inciso 4 - Ley 9.202).

Se le asignaba al Ministerio de Salud Pública la facultad de “clausurar cualquier establecimiento que por sus condiciones de insalubridad pueda constituir un peligro” (Artículo 9 - Ley 9.202). Para llevar adelante esta tarea, los inspectores “podrán inspeccionar los consultorios y establecimientos donde se preste asistencia médica, o los lugares donde se presume que se cometan infracciones castigadas por esta disposición” (Artículo 30, Ley Orgánica - 9.202, 1934, IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Ministerio de Salud Pública).

El paradigma higienista, dirigido en su comienzo a “la vigilancia y control de los sectores pobres de la población” a través de la “policía médica”, se hizo extensivo a todo el campo social, reflejándose en diferentes normativas aprobadas por el Estado. “Se convirtió en un discurso indiscutiblemente moderno, en el sentido de transportarlos enunciados de

verdad y lo objetivos de un proceso de secularización de la moral que dejó marcas duraderas en la sociedad” (Mitjavila, 2016, p. 155).

El mantenimiento de esta matriz sustentada en una “racionalidad científico-técnica” y el marco regulatorio dado por la Ley Orgánica tres décadas antes, imprimió en este primer decreto del año 1965 una fuerte perspectiva médica e higienista. Diversas disposiciones del decreto dan cuenta de esta afirmación.

De acuerdo al texto de la normativa, la clasificación en “Sanatorios” y “Casas de Salud y Hogar de Ancianos” era facilitar la tarea de **inspección por parte de la División Técnica**¹⁷⁰ **del Ministerio de Salud Pública** (Artículo 5 - Decreto 355/965), debiendo llevar un registro de todos los establecimientos (Artículo 12 - Decreto 355/965).

En igual sentido, el personal técnico-profesional y técnico-especializado debería tener títulos inscriptos en el Ministerio de Salud Pública (Artículo 21 - Decreto 355/965).

Las inspecciones tendrían una frecuencia mínima anual (Artículo 26 - Decreto 355/965), **exigiéndose un nivel básico comparable con los servicios otorgados por la Salud Pública**. Aun así, la institución debía informar trimestralmente a la División Técnica (Ministerio de Salud Pública) sobre estadísticas de pacientes (ingresos, egresos, fallecimientos), del personal y en forma urgente “novedades relacionadas con pacientes infecto-contagiosos o crónicos con inminentes riesgos para la salud colectiva” (Artículo 20 - Decreto 355/965).

Las sanciones impuestas por el incumplimiento de las normativas establecían multas que dependían del grado de infracción, previendo el cierre en caso de reincidencia (Artículo 29 - Decreto 355/965). Dentro de las sanciones se podía proponer “la clausura sin más trámite” (Artículo 35 - Decreto 355/965) cuando las “condiciones de higiene lo hacen inhabitable para su funcionamiento”.

¹⁷⁰ Las inspecciones de planos y número de camas estarían a cargo de la División Arquitectura del Ministerio de Salud Pública (Artículo 37 - Decreto 355/965).

La **segunda reglamentación** que hizo referencia al rol del Estado sobre la institucionalización se enfocó a los denominados “Hogares de Ancianos”. Se trataba de un sector distinto de establecimientos, que no habían sido abarcados por las disposiciones del año 1965 por ser instrumentados por la sociedad civil con apoyo estatal¹⁷¹. Esta segunda reglamentación se aprobó en el año 1968 (21 de noviembre) como parte de la **Ley N° 13.705 de Jubilación De Productores Rurales**¹⁷². Decía en el texto de uno de sus artículos:

El Ministerio de Obras Públicas construirá, en convenio con el Banco de Previsión Social, por lo menos en cada capital de los departamentos del interior, un hogar de ancianos. En aquellos lugares en que el Estado tiene destinadas partidas o inversiones en obras que ya están en vías de realización, el Banco de Previsión Social otorgará los fondos para la terminación o puesta en funcionamiento de los referidos hogares. Sin perjuicio de lo dispuesto en el Inciso anterior el Banco de Previsión Social podrá realizar con cargo a los recursos del artículo 50 - convenios con las Comisiones de Fomento o Vecinales para el alojamiento y suministro de los equipos necesarios para el adecuado funcionamiento de dichos hogares. La puesta en funcionamiento de los referidos locales, se efectuará ajustándose estrictamente a normas técnico-geriátricas, que aseguren el bienestar físico-mental y social de los ancianos (Artículo 52 - Ley 13.705).

El hecho de que la disposición se dirigiera a establecimientos organizados por la sociedad civil, y no el mercado, tenía distintas implicancias. Por un lado justificaba el apoyo con recursos estatales y por otro, diferenciaba el tipo de fiscalización prevista. La diferencia en el tipo de supervisión se explicaba no sólo por la ausencia de fines de lucro, sino también probablemente por la capacidad de control que la sociedad civil tendría sobre el cumplimiento de las disposiciones establecidas. Con relación al control social se hace referencia al concepto aportado por Cunill:

la noción de contraloría (o auditoría o control) social remite al conjunto de acciones y prácticas fiscalizadoras y reguladoras llevadas a cabo autónomamente por la sociedad

¹⁷¹ No depender del Estado era una condición establecida en el Artículo 1 del Decreto 355/965.

¹⁷² Ley N° 13.705 de Jubilación De Productores Rurales República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/13705>

sobre el ámbito de lo público, con el fin de que éste exprese en su actuación los intereses públicos y aporte a la construcción de ciudadanía (Cunill, 2009, p. 5).

La perspectiva del Artículo 52 de la Ley N° 13.705 presentaba otras diferencias importantes con el decreto del año 1965. En primer lugar, la población objetivo estaba compuesta por “ancianos” sin otras especificaciones, lo cual remitía a una política estatal dirigida a un grupo etario y no a situaciones de enfermedad.

La segunda variación estaba en que se daba injerencia a dos sectores del Estado con alcance nacional (Ministerio de Obras Públicas y Banco de Previsión Social) desde un rol de prestación de recursos y no solamente de control.

Finalmente, el texto exponía la perspectiva “técnico-geriátrica” como criterio de bienestar de la población objetivo, incorporando de este modo la dimensión “social” que buscaba asegurar “el bienestar físico-mental y social de los ancianos” a diferencia de la perspectiva netamente médica del Decreto 355/965.

Luego de la aprobación del Artículo 52 de la Ley 13.705 (1968) pasaron dieciséis años hasta la aprobación de la siguiente normativa (Decreto 309/984) referida al rol del Estado sobre la institucionalización de la vejez. En este lapso las variaciones estuvieron únicamente vinculadas a los sectores estatales (i) con injerencia en la temática del envejecimiento poblacional y la vejez en general. Particularmente en la época de la dictadura (1973 - 1984), la frecuencia de estos cambios fue mayor, poniendo de manifiesto las dificultades de gestión y la debilidad de los lineamientos políticos sobre el área.

Estas variaciones se enmarcaron en el viraje del Estado hacia una propuesta neoliberal que afectó la matriz de protección del Uruguay con “modificaciones en su orientación básica a partir del cambio de modelo de desarrollo que comenzó con el gobierno militar en 1973” (Midaglia, 2009, p. 87).

Los cambios operados a nivel del Estado lo ubicaron en un “papel subsidiario respecto al mercado y de regulación acotada de las dinámicas sociales y económicas”, tomando éste el “rol central, tanto en la actividad económica, como también en el espacio social”.

El Estado se contrajo en su rol social, regulatorio y empresarial, lo que trajo consigo un cambio radical en la manera de entender la política social y más en general el rol del Estado en la cuestión social. Se privatizó parte de la provisión del bienestar, se redujo el gasto público social tanto en términos per cápita como en relación al gasto público total, y se promovió la descentralización (Filguira, 2013, p. 11).

Las transformaciones registradas en materia de políticas públicas comprendieron distintas esferas, principalmente aquellas que hasta entonces habían constituido pilares del sistema de bienestar social del país (salud, educación, previsión social).

(...) en la fase autoritaria se constató cierto grado de retroceso en materia social, que se verificó no tanto en el monto del gasto público social, sino en su adjudicación. Ello resultó en una alteración en las prioridades de inversión social, propiciando así el deterioro de algunos de los servicios sociales clásicos. Estas modificaciones serán el anticipo de los futuros cambios que se introducirán en el tradicional sistema de bienestar, en la medida que pautaron o identificaron las áreas sociales “problemas” que posteriormente fueron objeto de atención política en un contexto democrático (Midaglia, 2009, p. 88).

Dentro de las revisiones que involucraban la protección estatal y el alcance de las políticas públicas, volvieron a emerger¹⁷³ en esta etapa las tensiones por los espacios de asistencia ocupados por crónicos y agudos. Ejemplo de esto, es la percepción expresada en 1975 por un jerarca del Ministerio de Salud Pública acerca de las dificultades sanitarias de los hospitales. Planteaba que la población de 65 años y más se asistía en “hospitales de agudos” en donde las camas son “ocupadas por personas de edad avanzada en condiciones de ser dados de alta, pero con problemas sociales sin resolver. Este hecho se agrava cada día y repercute en los presupuestos de dichos hospitales" (Conferencia del Coordinador General de los Servicios de Geriatria del Ministerio de Salud Pública en 1975 en Aguiar et al, 1978, p. 120).

¹⁷³ Cabe recordar que planteamientos similares se utilizaron para fundamentar el traslado al asilo de los pacientes crónicos y la fundación del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo en 1922.

La **tercera reglamentación** que modificaría en este período el rol del Estado en relación a la institucionalización de la vejez, fue aprobada en los últimos meses del gobierno de facto. Las nuevas disposiciones (Decreto - 309/984) abarcaban a los establecimientos con y sin fines de lucro, tanto dependientes del mercado como de la sociedad civil, diferenciándolos según estuvieran dirigidos a población autoválida o dependiente. Se derogaba así lo dispuesto por el decreto del año 1965.

Los nuevos criterios cambiaban no sólo la clasificación de los establecimientos, sino que en función de ésta, se modificó tanto la designación de los organismos competentes, como los roles previstos en su desempeño. El Artículo 34 del Decreto 309/984 planteaba:

El control y asesoramiento de los establecimientos comprendidos en el presente reglamento, será ejercido por la Dirección Nacional de Promoción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerios de Salud Pública y Educación y Cultura, Intendencias Municipales y Jefaturas de Policía, así como otras Instituciones Públicas o privadas que fuera menester a tales efectos (Artículo 34 - Decreto 309/984).

De la clasificación de establecimientos planteada por el decreto (considerando el tipo de servicios brindados y el grado de auto validez de la población asistida), la Dirección Nacional de Promoción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social¹⁷⁴ tendría la “competencia primordial” sobre las tres primeras categorías dirigidas a población autoválida, llevando **un registro general de todos los establecimientos que alojan ancianos** (Artículo 37 - Decreto 309/984). Sólo la cuarta categoría, única modalidad dirigida a la población no autoválida, quedaría bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública (Artículo 4 - Decreto 309/984).

Al igual que el decreto del año 1965, se detallaban los indicadores considerados para el control del funcionamiento: características edilicias, personal, alimentación, equipamiento e infraestructura considerando el número de internados, tamaño de los espacios, distribución y pautas de higiene (control de vectores, personal de limpieza).

¹⁷⁴ En coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura, Intendencias Municipales, Jefaturas e instituciones públicas o privadas que se requieran (Artículo 34 - Decreto 309/984).

Las fiscalizaciones para las cuatro categorías se realizarían en plazos no mayores a tres meses, a diferencia de la periodicidad anual planteada por el decreto que estaba siendo derogado (año 1965), evidenciando la tensión planteada entre los recursos existentes y la necesidad percibida de contralor.

La cuarta normativa de este período referida al rol del Estado con respecto a la institucionalización estuvo incluida en el Artículo 4 de la Ley 15.800¹⁷⁵ (1986) denominada **“Se reinstitucionaliza el Banco de Previsión Social¹⁷⁶ y se suprime la Dirección General de la Seguridad Social”¹⁷⁷**. El Artículo 4 trataba sobre los cometidos del Banco de Previsión Social y en particular, sus numerales 10 y 11 referían respectivamente a la temática de la vejez y de las instituciones que otorgaban residencia a los Adultos Mayores. Allí se expresaba:

10) Propender a la rehabilitación psicofísica e integración social del anciano y la readaptación del trabajador con pérdida de la capacidad laboral (Numeral 10 - Artículo 4).

11) Instalar y fomentar la creación de hogares colectivos para el amparo y asistencia integrales del anciano, así como colaborar financieramente o mediante la prestación de servicios como los ya existentes (Numeral 11 - Artículo 4).

Si bien el apoyo del Estado a la sociedad civil para la implementación y funcionamiento de Hogares de Ancianos data del año 1968 (Ley de Jubilación de Productores Rurales), será en el marco de la reinstitucionalización del Banco de Previsión Social en democracia que se le reasignaron funciones al respecto.

De acuerdo a Nuñez (2008), la Ley 15.800 habilitó al Banco de Previsión Social a “instrumentar una modalidad de “servicios sociales” a través de un sistema de co-gestión

¹⁷⁵ Ley 15.800: “Se reinstitucionaliza el Banco de Previsión Social y se suprime la Dirección General de la Seguridad Social”. Recuperado en <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/15800>

¹⁷⁶ El Banco de Previsión Social fue creado por el Artículo 195 de la Constitución de 1967. Decía este artículo: “Crease el Banco de Previsión Social, con carácter de ente autónomo, con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social, ajustándose dentro de las normas que establecerá la ley de deberá dictarse en el plazo de un año”.

¹⁷⁷ La misma se aprobó finalizada la dictadura, por la Asamblea General.

entre el Estado y la sociedad civil”. Dicha co-gestión permitió a su vez descentralizar “las tareas operativas del servicio al tercer sector, específicamente a las Comisiones Directivas de los Hogares, posibilitando el desarrollo gradual, pero permanente, de esta modalidad en diferentes localidades del país” (Nuñez, 2008, p. 163).

En la lectura de las disposiciones aprobadas en estas décadas aparece como constante la presencia del discurso científico que fundamenta la participación del Estado, forjando entre ambos el tema de la vejez en tanto problema social a ser abordado. Desde el comienzo de la intervención estatal en el área del envejecimiento poblacional (mediados de siglo XX), el fundamento estuvo apoyado en la construcción de riesgo social aportada por el saber experto.

(...) desde el punto de vista de las relaciones entre agentes y estructuras sociales, debe señalarse que la relativa invisibilidad de los riesgos y su dependencia respecto al saber científico – tecnológico, indican que la existencia y la distribución social de los riesgos están mediatizadas por principios enteramente argumentales, los cuales no forman parte de la experiencia cotidiana del saber profano (Beck, 1992, en Mitjavila, 1999, p. 30).

A lo largo del período, la construcción del problema como tal y las alternativas de resolución propuestas, derivaron en una serie de políticas en las que se combinaron con distinto peso relativo el control y el apoyo estatal. Estas intervenciones no sólo normatizaron un estado de situación en el que primaba la asistencia privada, sino que legitimaron a través de la autoridad pública las construcciones de sentido que comenzaban a instituirse con relación a la vejez y los establecimientos residenciales. Se entiende de esta forma que “la política no es solamente acción instrumental sino también expresión simbólica. Frente a una sobrevaloración de su dimensión cognoscitiva (calculabilidad) hay que destacar su dimensión normativa y simbólica, regulando y representando las relaciones sociales” (Filguira, 2013, p. 11).

Más allá de los datos demográficos y las previsiones de riesgo para el funcionamiento social apoyado en estimaciones estadísticas, el tratamiento asignado a la temática de la vejez en esta segunda mitad del siglo, comporta necesariamente una construcción

disciplinar que fundamentó dispositivos para su control y naturalizó el orden imperante.

Plantea Grassi al respecto:

La aflicción de un grupo social no es por sí un problema social a menos que sea constituida como tal, por la acción eficaz de sujetos interesados de distintas maneras en imponer un tal estado de cosas (perjudicial desde algún punto de vista), como una situación problemática para la sociedad en su conjunto”. Por lo expuesto “un problema social no es tal por su dimensión absoluta, aunque el número de afectados devenga parte de la disputa por su significación y, muchas veces, el único argumento de validación del problema” (Grassi, 2003, p. 22).

Síntesis del capítulo

Los fundamentos de la institucionalización de la vejez como la conocemos en el presente se establecieron a comienzos del siglo XX. Un sector improductivo, heterogéneo en sus anomalías, sin perspectiva de egreso, quedó “amparado” bajo un régimen asilar, luego de que la población institucionalizada fuera clasificada en distintos establecimientos especializados para su normalización.

Si bien la diversidad del perfil, el régimen de amparo y la permanencia indefinida fueron condiciones que establecieron los cimientos de la actual práctica de institucionalización de la vejez, éstas no fueron suficientes. Fueron necesarias en el correr del siglo XX la emergencia y la articulación de tres transformaciones que quedaron plasmadas en los textos de las reglamentaciones de este período.

La primera modificación clave fue la construcción de un **saber especializado en la vejez** y su incidencia en las normativas referidas a la temática. La creación en Uruguay de la Comisión Nacional de Gerontología en 1954 constituyó un hito en este sentido.

Este nuevo saber dio visibilidad a este grupo de población, construyó la problemática desde un enfoque de riesgo tanto a nivel individual como del colectivo social, colocó el

tema en la agenda pública y planteó nuevas políticas e instituciones especializadas para su atención.

Desde esta perspectiva, lo diferencial a partir de la segunda mitad del siglo XX no fue la vejez en sí misma, ni el envejecimiento poblacional, sino la construcción de un nuevo saber disciplinar aportado desde la gerontología y la nueva especialidad médica que lo integraba (geriatría).

Si bien esta nueva “episteme” sobre la vejez constituyó el eje central del cambio, una conjunción de factores colaboró en su construcción: el contexto demográfico de envejecimiento poblacional, el vínculo con este grupo etario a partir de la “medicina clínica” y de la observación de los residentes de los establecimientos públicos, un marco legal preexistente caracterizado por una fuerte impronta higienista (Ley Orgánica de Salud Pública, Asistencia e Higiene - N° 9.202) y los aportes de nuevos saberes a partir de las distintas dimensiones que componen la gerontología.

El saber, la práctica y el discurso forjaron a los **expertos en vejez** (médicos geriatras-gerontólogos). Esta experticia y la “verdad” resultante validada por las disposiciones estatales permitieron establecer los parámetros de inclusión (65 años y más), los patrones de normalidad para este grupo de población y las prácticas de atención a las desviaciones.

El nuevo marco conceptual así erigido (a escala poblacional e individual), constituyó a la vejez como un problema en sí mismo desde una perspectiva de riesgo, por condiciones que le eran inherentes, y ya no por su asociación con otras variables como la pobreza, cronicidad, pérdida de autonomía y/o insuficiencia de cuidadores.

A pesar de la profundidad de estas transformaciones, el impacto de las mismas es relativamente reciente en la historia de la institucionalización de la vejez en Uruguay. Antes de la ley de 1998, sólo dos normativas hicieron referencia en sus textos a este saber disciplinar experto.

La primera fue la ley de Jubilación de Productores Rurales aprobada en 1968 (Ley N° 13.705). En ésta aparecía una única mención al disponer que los establecimientos debían de ajustar su funcionamiento “estrictamente a normas técnico-geriátricas” (Artículo 52).

La especialidad y su rol toman un mayor desarrollo en la segunda normativa (Decreto 309/984). Reglamentaba la instalación y funcionamiento de establecimientos que “alojan ancianos” de acuerdo a las “pautas gerontológicas vigentes”. Se exigía un “Director Técnico con capacitación gerontológica”, atribuyéndole al cargo diversas potestades.

Un segundo movimiento hacia la institucionalización de la vejez se generó por la **oferta/demanda de los establecimientos de asistencia**. Desde un comienzo el cuidado dentro de un espacio institucional (hospitales públicos) se había dirigido primordialmente a las situaciones de enfermedad que carecían de recursos para su atención en el espacio doméstico. Hacia mediados del siglo XX, estas prácticas comenzaron a coexistir con el cuidado de la salud en establecimientos privados particulares, no dependientes “de ninguna institución del Estado” (Artículo 1 - Decreto 355/965). La existencia de estos “establecimientos privados de asistencia y prevención” resulta constatada por el propio decreto del año 1965 cuyo propósito era regularlos, clasificándolos en “Sanatorios” y “Casas de salud y Hogares de Ancianos”.

Se constituyó de este modo otra forma **de asistencia alternativa a la modalidad de cuidado humano del ámbito doméstico**¹⁷⁸ (con o sin remuneración), que caracterizó a las situaciones familiares que contaban con recursos (humanos y/o materiales) en la etapa precedente.

Dicha modalidad de establecimientos (asistencia médica privada particular a población “convaleciente”), tuvo un segundo movimiento que resultó esencial para el objeto de estudio: **un sector de estas instituciones tuvieron como público objetivo a personas sin otro requisito que pertenecer a la franja etaria de “65 años y más”** (Decreto 309/984).

Se legalizaba así una prestación dada por particulares para la cual no se requería enfermedad, pérdida de autonomía o falta de capacidad de cuidados por parte de la familia. **La edad y la capacidad de pago pasarían a ser los factores determinantes para el ingreso y la permanencia de la persona en una institución.**

¹⁷⁸ No se está considerando en este estudio las formas de cuidado a la salud instrumentadas desde el modelo asistencial del mutualismo en el país.

Un tercer y último movimiento clave a señalar fue realizado por el Estado. En un primer momento legitimó el vínculo contractual entre privados (mayoritariamente desde una lógica de mercado) para brindar asistencia a través de instituciones particulares (decreto de 1965).

En este vínculo el Estado se posicionó básicamente desde un rol de regulación y control de la actividad médica privada. Exigía a la misma estándares mínimos cuyo parámetro estaba dado por las prestaciones estatales. En los aspectos regulados sobre estas prácticas institucionales, primó la perspectiva hegemónica de la salud.

En un segundo momento, veinte años más tarde (Decreto 309/984), **el Estado consolidó y articuló** los dos cambios ya mencionados, teniendo como resultado **que un saber experto (gerontología) quedara a cargo de instituciones dirigidas a la vejez en un vínculo entre particulares.**

Esta legitimación tuvo más de una implicancia. En primer lugar, la articulación instituida tomó especial significación ya que el discurso que fundamentó la práctica tendría valor de verdad por su carácter científico. Lo anterior ubicó a la vejez con el suficiente grado de desviación de la norma como para justificar *per se* su institucionalización a cargo de los expertos. Las “verdades” establecidas desde el discurso de este nuevo saber disciplinario y el poder resultante sobre la vida de la población objetivo, estarán de aquí en más presentes, fundamentando los textos de las normativas dirigidas a la vejez y a su institucionalización.

En segundo lugar, la legitimación a través de la norma de una práctica que aborda a la vejez como carencia buscando “reincorporarlo a la vida activa y útil” (Artículo 3 - c, Decreto 309/984), tiene implícita una construcción restringida de la población objetivo.

En tercer lugar, **la ausencia de problematización de la temática deriva en otro supuesto implícito en la norma: el ingreso de la persona a la institución es el resultado de un contrato libre entre partes.** Detrás de la premisa de un vínculo contractual, se oculta la complejidad de una situación cuyos componentes trascienden

largamente el estado de salud, los mínimos biológicos y la posibilidad de pago de la persona que se institucionaliza.

En suma, este período escenificó un cambio cualitativo sin precedentes: la legalización del ingreso y permanencia en establecimientos, cuyo propósito era brindar cuidado bajo el saber científico, a personas autoválidas de un grupo etario, sin dificultades para la subsistencia (salud, social, familiar, económica) fuera del espacio institucional

(i) El 11 de octubre 1972, por decreto presidencial (Resolución 1341), se encomendó la puesta en marcha del Programa Nacional Pro Bienestar Social del Anciano. El mismo fue elaborado por una “Comisión mixta colaboradora integrada con representantes oficiales y privados” (en texto de Decreto 257/977). Este emprendimiento sería valorado (por un decreto posterior) como “conveniente” ya que permitió “aunar los esfuerzos estatales y privados en forma tal que permitan una acción orgánica en pro de la ancianidad, teniendo en cuenta los principios básicos y conceptos fundamentales (...) del programa elaborado y de la experiencia realizada” (Decreto 257/977). En 1973, con el Decreto (943/973), se otorgaron las competencias al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Artículo 11, numeral 14). En 1974, a partir del Decreto (574/974), las potestades de “Protección a la ancianidad” quedarían a cargo del Ministerio de Vivienda y Promoción Social (Artículo 12, numeral 19), creado en ese mismo año por la Ley 14.218 (11 de junio de 1974). En el año 1974 (19 de diciembre de 1974), a través del Decreto (1.033/974), se creó la Comisión Coordinadora del Bienestar Social del Anciano. Estaba integrada por los ministerios de Vivienda y Promoción Social, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social y Educación (el delegado del Ministerio de Cultura se incorporó más tarde), participando por el sector privado la Agrupación Nacional de Entidades Privadas Pro Bienestar Social del Anciano (ANEPA, fundada en 1973). En 1975, la Ley 14.489 modificó los Programas y Subprogramas Presupuestales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Artículo 1), reorganizando las unidades ejecutoras. En 1976, el Decreto (582/976) encomendó interinamente al Ministerio de Defensa Nacional el ejercicio de las competencias del Ministerio de Vivienda y Promoción Social dado que había un proyecto de ley para la supresión del mismo. En 1977, el Decreto (95/977), devolvió al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social las competencias. Se fundamentaba en el texto de la normativa “Que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en atención a su especialidad en materia de seguridad social”, debía de tener la temática a su cargo, dado que “la ancianidad es uno de los primeros y básicos objetivos de todo sistema de seguridad social” (Fundamentación, Decreto 95/977). En el mismo año, el Decreto (257/977) derogó el Decreto (1.033/974), resolviendo que la Comisión Nacional Coordinadora del Bienestar Social del Anciano pasase a funcionar en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Este ministerio la presidiría y estaría integrada además por los ministerios de Salud Pública, de Educación y Cultura, por un representante de la ANEPA y un delegado del Banco de Previsión Social. Entre los principales cometidos asignados estaba asesorar y evaluar programas. Decía: La Comisión tendrá como objetivo fundamental colaborar en la definición, planificación y ejecución de una política general referente a la asistencia integral médico - social del anciano, comprendiendo los aspectos preventivos y curativos, de rehabilitación, de adecuación, de integración de promoción y seguridad social del anciano (Artículo 4, Decreto 257/977).

Capítulo 4: La Ley de Hogares de Ancianos

Los “problemas sociales” así contruidos por los nuevos profesionales adquieren la calidad de realidades objetivas, como puede comprobar cualquier mente libre de prejuicios; de este modo quedan despolitizados y escapan al ámbito de las controversias ficticias y peligrosas del enfrentamiento democrático. En poco tiempo, personajes situados en puntos diferentes e incluso opuestos del abanico político o social adoptarán un lenguaje común que delimitará el terreno de sus enfrentamientos (Topalov, 2004, p. 57).

Introducción

La Ley 17.066 “Hogares de ancianos” se sancionó el 24 de diciembre de 1998, habiéndose presentado su proyecto en el Senado en octubre de 1995. Fue la primera ley en Uruguay específica sobre el tema y se encuentra vigente en la actualidad. El proyecto buscaba regular los establecimientos privados que daban residencia a la población “adulto mayor” definida en su texto como “toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad” (Artículo 2).

En 1999, se aprobó su decreto reglamentario (320/999), sobre “Política General en materia de ancianidad - Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores”. El texto del mismo fue el resultado de un trabajo de equipo multidisciplinario¹⁷⁹ en el que participó la sociedad civil organizada.

En sus disposiciones se expresaba la intención del legislador: mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores y permitir el “control más efectivo y eficaz por parte del

¹⁷⁹ El equipo multidisciplinario “integrado con delegados de las Divisiones Jurídico Notarial, Control de Calidad y del Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, del Banco de Previsión Social, de la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, de Hogares Privados sin Fines de Lucro de Montevideo y de la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, filial de la Asociación Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay”.

Ministerio de Salud Pública” como organismo rector (Considerando, Inciso II, Decreto N° 320/999).

El presente capítulo estudia el contenido y la forma en que fue aprobada la Ley “Hogares de ancianos” (y su decreto reglamentario). La información obtenida adquiere un interés particular en este estudio en tanto consolida el orden social que hoy prevalece.

En cuanto al contenido, la normativa profundizó las innovaciones gestadas a partir del decreto del año 1984, legitimando cambios que terminaron de configurar las actuales formas de institucionalización en Uruguay. Dentro de las transformaciones instituidas por la ley se encuentran:

- La focalización **del perfil de la población objetivo, y por tanto el de las instituciones**. Tener 65 años o más pasó a ser un requisito expresamente excluyente para residir en los establecimientos, ya no pudiendo coexistir con otras franjas etarias (Capítulo II, Artículo 7, Inciso B, Decreto N° 320/999). Una vez cumplida esta primera condición, se dejó de exigir cualquier otro criterio que diferenciara el ingreso y/o la permanencia en los establecimientos (ej.: auto validez en decreto de 1984), a excepción de la capacidad de pago.
- El **requisito de poseer el título de médico para desempeñar el cargo de Director Técnico**, no siendo suficiente ya la capacitación gerontológica. Específicamente la ley indica que se debe ser médico geriatra-gerontólogo y sólo en caso de que esto no fuese posible la función podrá desempeñarla un médico general (Artículo 10 - Ley N° 17.066). Esta disposición pasó a regir en todos los establecimientos, más allá de la situación de salud o enfermedad de la población residente, “a excepción del servicio de inserción familiar”.
- La injerencia en la temática pasó a la órbita del **Ministerio de Salud Pública**, que “en el ejercicio de sus competencias” coordinará con otras instituciones públicas (Artículo 1 - Ley N° 17.066). Las disposiciones aprobadas le asignaron a este organismo los roles de rector, supervisor y fiscalizador de todas las modalidades de establecimientos (sustituyendo al Banco de

Previsión Social en aquellos sin fines de lucro organizados por la sociedad civil).

Con respecto a las formas que adquiere la normativa, lo primero que cabe destacar es que, por primera vez la regulación de la institucionalización de la vejez, adquirió el estatuto de ley.

El mecanismo de su aprobación es otro aspecto a considerar. No sólo el proyecto fue **presentado en conjunto por integrantes de diversos sectores políticos**¹⁸⁰, sino que dentro del proceso de votación a nivel de ambas cámaras, se alcanzó un rápido consenso entre todas las fracciones, con escasos puntos en debate.

Un tercer aspecto vinculado a la forma está dado por las presencias y ausencias en los discursos registrados durante el proceso de aprobación de la ley. Ocuparon un importante **espacio de asesoramiento los cargos vinculados a la salud**, a la medicina y en particular a la geriatría - gerontología. En relación con lo anterior, resulta llamativa la escasez de lenguaje y contenido técnico que caracterizó las construcciones discursivas de los parlamentarios disertantes, fundamentando sus posiciones frecuentemente desde experiencias y perspectivas personales. Por último, y no en menor grado de importancia, cabe destacar, la ausencia de la voz de la población institucionalizada, así como de otros actores vinculados a la temática.

Hasta ahora se han analizado en este trabajo distintos modelos de institucionalización y su relación con el contexto. En los capítulos anteriores se presentó el lugar del “saber” (divino o higienista) en las prácticas de poder y cómo, de la díada saber – poder, emergieron en cada etapa construcciones discursivas que conformaron sujetos con un sentido político – cultural, en vínculo con un determinado orden social.

¹⁸⁰ Presentado por los senadores José Andújar (Partido Nacional), Alberto Cid (Frente Amplio), José Korzeniak (Frente Amplio), Hugo Fernández Faingold (Partido Colorado) y Nicolás Storace (Partido Nacional).

También se consideró la forma en que el Estado cristalizó a través de normativas el sentido hegemónico de las relaciones sociales, materializadas en instituciones de control a ciertos grupos de población. Los cuerpos y las psiquis fueran estudiados e intervenidos a partir de un reduccionismo dilemático que clasificó las situaciones entendidas como problemas y construyó soluciones con arreglo a las mismas.

Aun así, más allá de las variaciones en los sucesivos momentos históricos, las construcciones discursivas propias de cada época fueron presentadas como verdades que, más allá de su pretensión, no fueron objetivas, ni estuvieron despolitizadas, sino que justificaron un orden social conformando un “conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder” (Foucault, 1992, p. 192). Por lo expuesto, el vínculo entre el Estado, la cuestión social y las instituciones resultantes, no pueden ser entendidas sino en su forma política, a pesar de que los Estados Modernos presenten su gestión social como científicamente fundada.

Bajo estas premisas, la lectura de la institucionalización de la vejez en el presente (los sujetos que participan, los discursos que la explican y las normativas que la regulan) requiere incorporar la mirada del pasado, para que la perspectiva dada por el devenir histórico permita romper con la fragmentación y naturalización de la temática.

El estudio de la Ley 17.066 considera en este capítulo cinco dimensiones de análisis que aportan a la comprensión del objeto: el modelo de Estado, la fragmentación de la cuestión social, el lugar de la geriatría, la definición de los “mínimos sociales” y la nueva población objetivo de las instituciones.

Como ya fue planteado, un modelo de Estado con características mercado-céntricas (Filgueira, 2013) caracterizó al Uruguay de fines del siglo XX. En este contexto y a partir de la Ley “Hogares de Ancianos”, la esfera privada (en particular el mercado), ocupó un lugar protagónico frente a la institucionalización de la vejez, restringiendo al Estado a un rol de control de los emprendimientos particulares.

Con respecto a la **fragmentación de la cuestión social**, la nueva ley concentró la injerencia estatal en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Al reducir su complejidad

al área de la salud, se desconocía la heterogeneidad existente (identidades locales, redes, pautas culturales, recursos, alternativas), obturando la distribución de saberes y responsabilidades de otros actores sociales.

En el plano más específico de las respuestas estatales ante estos problemas sociales, cabe subrayar el hecho de que mientras los mismos se cristalizan de una forma combinada en individuos, familias, grupos sociales y territorios, las políticas públicas tienen la tendencia de intervenir ante estas situaciones de modo fragmentado, con lógicas específicas y acotadas, sin las necesarias sinergias que los problemas sociales requieren dada su multidimensionalidad y multicausalidad. Es ante esta situación que cobra fuerza el debate sobre la protección social (Repetto, 2010, p. 6).

Por su parte, **la geriatría** había establecido su teoría y método dentro del área de la vejez, diferenciándose del colectivo médico para establecer su especificidad y reclamar su lugar como disciplina (Rosen, 1985, p. 60). Sin embargo, su posicionamiento fue posible gracias a la legitimidad de la que gozaba la medicina, heredando el lugar ocupado por el saber médico a nivel de Estado desde hacía un siglo.

En este marco, al momento de presentar el proyecto de ley, los expertos geriatras ocuparon un lugar primordial tanto en la construcción de la norma (como asesores) como en su implementación (como Directores Técnicos de los establecimientos).

Las construcciones disciplinares, las pautas culturales del higienismo y el lugar ocupado por el Estado tuvieron una decisiva incidencia en **los mínimos sociales** establecidos, o dicho en otras palabras, lo que se entendió como “aceptable” para la práctica de la institucionalización.

Dichos mínimos representaron un ordenamiento simbólico que involucraba a todo el colectivo social y no sólo a la población objetivo de los establecimientos. La intervención del Estado a través de la Ley “Hogares de ancianos”, demarcó las fronteras entre aquello que era entendido como positivo o negativo (Castaño; 2012) aportando a la reproducción de este orden simbólico. La definición de las necesidades y las respuestas reconocidas a éstas no sólo le brindaron legitimidad a las mismas, sino también al propio Estado por normatizar su satisfacción. Aun así, el piso de prestación mínimo que desde lo público se

buscó asegurar con esta ley, dejó librado al mercado un amplio margen de prestaciones dependiente del costo del servicio contratado.

Una última pieza clave en el análisis de esta etapa la compone la **población objetivo de los establecimientos**. La Ley “Hogares de ancianos” consolidó el rango de edades como criterio exclusivo y excluyente en la definición de la población objetivo de estos establecimientos. Esto comporta una doble implicancia. Por un lado, esta definición de “65 años y más” en apariencia inocua, neutra y evidente, oculta su calidad de categoría producida y el fundamento político y económico que la sustenta. Por otro lado, consolida un aspecto gravitante de la identidad para una franja etaria de nuestra población: “ser potencialmente internable”.

A continuación se presentan los contenidos de las disposiciones aprobadas, analizando las construcciones de sentido subyacentes en los discursos y las formas que adquiere su aprobación (actores, acuerdos y tensiones). A los efectos expositivos el capítulo se organiza en el siguiente orden:

- La **fundamentación del proyecto de ley** y las distintas líneas argumentales expresadas en los discursos de los legisladores: el lugar a ocupar por el Estado, las variaciones sociodemográficas y el estado de situación de los establecimientos donde residían Personas Adultas Mayores.
- El **rol atribuido al Estado** por la normativa, los dispositivos de control y los sectores con injerencia en la temática.
- El **lugar de los expertos como asesores** en la redacción de la normativa y en su implementación, los actores participantes, el vínculo con los parlamentarios, la información aportada, las “verdades” construidas en los discursos y los consensos alcanzados.
- La consolidación de una **nueva identidad de la vejez** a través de los institutos y estatutos que ordenan y delimitan la diversidad, derivando en: una nueva clasificación de los establecimientos y de la población objetivo;

y en el desarrollo de derechos de los residentes, supeditado su goce al juicio del Director Técnico.

Las fundamentaciones para la aprobación del proyecto de ley

Las fundamentaciones esgrimidas por los legisladores para aprobar el proyecto de ley presentado en el año 1995, se pueden organizar en tres categorías: el rol esperado por parte del Estado estableciendo ciertos mínimos sociales que aseguren derechos de ciudadanía, el estado de situación de la práctica de la institucionalización de la vejez en el país y las situaciones derivadas de los cambios sociodemográficos que requerían respuestas. Más allá de la línea argumental que se siguiera, la dinámica expositiva podía adquirir valor de diagnóstico, de pronóstico y/o de propuesta.

Estas fundamentaciones se enmarcaron en los antecedentes de la normativa en debate y en otras disposiciones vigentes en el país con relación a la Población Adulta Mayor y a su institucionalización.

En la legislatura anterior (1990 - 1995) ya se había presentado un proyecto de ley¹⁸¹ sobre la institucionalización de la vejez. Alcanzó la media sanción en el Senado¹⁸², pero no logró su aprobación en la Cámara de Representantes por problemas técnicos y de tiempo (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 209). Las objeciones estuvieron fundamentadas en las dificultades para la ejecución de dos propuestas contenidas en el proyecto de ley: la radicación de los hogares próximos a zonas verdes y la edad de los integrantes de la Comisión Honoraria Asesora que operaría dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública.

¹⁸¹ El proyecto fue presentado a iniciativa del senador **Carlos Bouzas**, sindicalista bancario, fue electo senador suplente por la Corriente de Unidad Frenteamplista, cargo que ocupó al fallecer Germán Araújo. Partido: Frente Amplio.

¹⁸² XLIII Legislatura, en 24 sesión ordinaria del Senado.

En el período 1995 - 2000, colaboraron con la aprobación del nuevo proyecto, tanto la modificación de las propuestas que habían generado discrepancias en el período anterior, como la mayor presencia de la temática en la agenda pública. El Ministerio de Salud Pública había comenzado a implementar una serie de propuestas (programas y planes) con la participación de la sociedad civil. El 5 de mayo de 1995 se creó el "Programa Bienestar del Adulto Mayor" (PRONASAM). Tres años después (17 de febrero de 1998), el Decreto 44/998 lo constituyó como "Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor" (INASAM)¹⁸³ bajo la órbita de la Dirección General de la Salud. El mismo se transformó en un programa de ancianidad también con dependencia del Ministerio de Salud Pública.

Estos avances en la materia sobre la vejez fueron considerados al momento de la fundamentación del proyecto de Ley "Hogares de ancianos"¹⁸⁴. Los legisladores proponían abarcar la temática de la vejez desde una mirada más amplia, tendiendo a minimizar su institucionalización. Se expresaba:

Somos conscientes de que esta Ley y su reglamentación posterior permitirán mejorar sólo parcialmente algunos aspectos de la vasta problemática de este grupo etario. Reconocemos que el manejo del mismo debe hacerse a través de un plan de ancianidad, que procure su integración a la sociedad, minimice la necesidad de institucionalización, al tiempo que prepara a la persona mayor para afrontar un nuevo período de su vida (Faingold, Cid, Storace¹⁸⁵, Korzeniak¹⁸⁶, Andújar¹⁸⁷, Exposición de Motivos, Distribuido 386, Carpeta 271, 1995, p.5).

¹⁸³ Fue revocado el 27 de agosto del 2002 por cumplir sus funciones el Programa de Ancianidad

¹⁸⁴ Distribuido 386, Carpeta 271 de 1995. Dirección general de comisiones, comisión de salud pública, XLIV, Legislatura, Primer Período. Proyecto de Ley 17.066 con exposición de motivos. Alojamientos privados para adultos mayores. Se establecen normas para su funcionamiento.

¹⁸⁵ **Nicolás Storace Montes**. Político perteneciente al Partido Nacional. Electo diputado durante el período (1990 - 1995). Ingresó al Senado como suplente durante el período (1995 - 1998).

¹⁸⁶ **José Korzeniak** (Nacido en 1933). Doctor en Derecho y Ciencias Sociales. Catedrático Grado 5 en Derecho Público. Presidente del Claustro de la UdelaR durante el período (1986 - 1988). Miembro activo del Partido Socialista integrante del Frente Amplio. Fue electo senador durante el período (1989 - 1999).

¹⁸⁷ **José Andujar** (Nacido en 1944). Doctor en Medicina. Director del Hospital de Canelones del MSP durante el período (1985 - 1988). Político perteneciente al Partido Nacional, fue electo Intendente del Departamento de Canelones durante el período (1989 - 1994). Senador de la República durante el período (1995 - 1998).

Con relación a su alcance se planteaba: “esta iniciativa **no pretende solucionar el problema** de la ancianidad (...) sino que, simplemente, partiendo de una realidad que existe, trata de armonizarla, uniformizarla y dar al anciano que hoy se asiste en esas residencias un **amparo adecuado**” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 209).

Como en otras normativas vistas anteriormente, el legislador posicionaba su fundamentación en el rol que debía de asumir el Estado frente a la situación definida como problema, es decir “la manera en que la cuestión social es constituida en cuestión de Estado” (Grassi, 2003, p. 25).

El propósito de este proyecto de ley era entonces la “normatización de hogares para personas mayores” procurando asegurar así parámetros de asistencia a quienes vivían en estos establecimientos. La temática se entendía incluida en “un área que carece de normas que la regulen”, aludiendo al decreto vigente hasta ese momento (309/984). Sobre éste se opinaba “reglamenta parcialmente la actividad de estas residencias para ancianos” (Cid¹⁸⁸, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 209). Al respecto, el diputado Chápper¹⁸⁹ diría posteriormente en la Cámara de Representantes¹⁹⁰ sobre el proyecto de ley: “pretende llenar el vacío legal y se dirige a controlar y regular el funcionamiento de dichos establecimientos” (...) “el Estado tiene una responsabilidad de la que no debe abdicar” (Chápper, Diario de Sesiones Representantes, N° 2790, 1998, p. 121).

La posición enunciada sobre el rol estatal responde a un universo de significaciones que trasciende el problema de la institucionalización, ya que “una teoría del Estado es una teoría de la sociedad y de la distribución del poder en esa sociedad” (Grassi, 2003, p. 20). Por tanto, si bien se reconoce discursivamente la “vasta problemática de este grupo

¹⁸⁸ **Alberto Cid** (Nacido en 1940) Doctor en Medicina. Fue presidente del Sindicato Médico del Uruguay durante dos períodos (1998 - 2002). Fue electo senador suplente en el período (1990 - 1995) y luego como senador durante tres períodos (1995 - 2010) por el partido Frente Amplio.

¹⁸⁹ **Jorge Chápper** (Nacido en 1947) Doctor en Medicina (Otorrinolaringólogo) Edil de la Junta Departamental de San José en el período (1985 -1990). Electo diputado durante tres períodos (1990 - 2005) por el Partido Nacional. Fue presidente de la Cámara de Diputados en el año 2003.

¹⁹⁰ Diario de sesiones de la Cámara de Representantes. XLIV Legislatura. Cuarto Período Ordinario. 76° Sesión. N° 2790. Montevideo, 15 de diciembre de 1998.

etario”, que el proyecto esté acotado sólo a regular su institucionalización es en sí mismo parte de la cuestión.

Dentro de este universo de significaciones se encuentran los “mínimos sociales” considerados derechos que deben asegurarse. Son el resultado de los procesos políticos culturales en los que se inscribe la temática en una sociedad dada y que, de acuerdo a las fundamentaciones presentadas, las normativas precedentes no garantizaban.

La perspectiva que fundamenta esta ley se enmarca en una visión según la cual, es parte de la función pública la “normatización” que garantice a través del control estatal, ciertos niveles de bienestar e inclusión de un grupo particular de población en un sector restringido de servicios. Plantea Abramovich:

El Estado no sólo tiene la obligación (negativa) de no impedir el acceso a esos recursos, sino fundamentalmente la obligación (positiva) de organizar el aparato institucional de modo que todos, y en especial quienes se encuentran en situación de pobreza o exclusión, puedan acceder a esos recursos (Abramovich, 2006, p. 47).

Se propone de esta forma una “discriminación inversa y positiva” que tienda a la inclusión de grupos minoritarios dando garantía de derechos diferenciales y fortaleciendo la ciudadanía en general. Así, algunos grupos que presentan especial debilidad - entre los que se encuentran las Personas Adultos Mayores institucionalizadas - requieren un tratamiento diferencial para asegurar el acceso a un beneficio o derecho.

Esta perspectiva expresada por más de un legislador en la fundamentación del proyecto de ley, es indicativa del reconocimiento de derechos de ciudadanía a la población residente de los establecimientos, lo cual implica “re-conocer a todos, en sus derechos y dignidad, como titulares de ciudadanía y ofrecerles oportunidades institucionalizadas de practicarla”, en tanto “los programas sociales no pueden ser solo el alivio de agudas necesidades” (O’Donnell, 2009, p. 205).

Por otro lado, este reconocimiento de derechos de ciudadanía que el Estado debía garantizar, no lo ubicaba necesariamente en el rol de prestador de bienes y servicios. Se

entendió que se cumpliría con el propósito de alcanzar una mayor “homogeneidad” en pro de “un mejor funcionamiento de las residencias para personas mayores”, a partir del “**control, la regulación y la fiscalización**” de los servicios brindados por particulares. (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 209). De este modo, el proyecto de ley se sustentaba en una relación “político-jurídica y cultural”, en la que participaba el Estado y la ciudadanía, pero también la dinámica económica capitalista, por lo que la ecuación resultaba en el “trinomio Estado-nacional/mercado/ciudadano” (Fleury, 2000).

Otros dos ejes en los que se apoyaron los discursos de los legisladores para fundamentar el proyecto de ley, fueron los cambios sociodemográficos y la situación de los establecimientos. Las formas en que estos componentes se construyeron como problemas varían desde el uso de datos aportados por el saber académico, pasando por la reproducción naturalizada del discurso hegemónico sobre variados tópicos sociales (familia, rol de la mujer, causas de la institucionalización), llegando a opiniones basadas en la más pura experiencia personal del disertante. Cabe mencionar que estas variaciones no guardan correspondencia con el grado o perfil de formación académica o el sector político del orador. En suma, que la temática versara sobre el cuidado de la vejez, la familia y las instituciones habilitó la libre fundamentación de todos los participantes, ya que “por la naturaleza del problema, las *soluciones* se plantean *argumentativamente*, en tanto se sostienen en consideraciones lógicas y discurren en el ámbito político-cultural”. Esto es posible a partir de “procesos de significación en los cuales las relaciones fundantes son tratadas discursivamente, y son construidas las categorías de interpretación del mundo” (Grassi, 2003, p. 15).

Al igual que en otras etapas, los **cambios sociodemográficos** de las últimas décadas (y de las futuras), explicaban para la mayoría de los oradores el “problema” de la institucionalización de la vejez. Parecía ser el resultado natural de una linealidad evolutiva inevitable (el envejecimiento de la población), sobre el que no se podía más que reglamentar su cuidado en establecimientos.

Algunas intervenciones acerca de la necesidad de legislar en la temática se apoyaban en la información aportada por las ciencias sociales sobre la “evolución demográfica que nuestro país experimentará en el correr de los años” (Cid, Diario de Sesiones Senado,

1995, Tomo 370, p. 209). Se preveía que para el año 2000¹⁹¹ se ubicase en 166 las personas mayores de 70 años cada 1.000 habitantes, es decir 16.2 % según proyección de O.N.U. (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 210).

En la “proyección 2020”, las personas mayores de 70 años serían “aproximadamente un cuarto de la población, mientras que las personas entre cero y 14 años” descenderían por debajo del 20 %”¹⁹² (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 210). En la misma línea argumental se expresaba que entre 1990 - 1995 la esperanza de vida en Uruguay era de 72.41 años (75,73 las mujeres y 69.27 los varones)¹⁹³, mostrando la paridad con los países desarrollados cuya esperanza de vida era de 74 años.

Desde la racionalidad propuesta, el vínculo de estos datos con la institucionalización de la vejez no sólo se encuentra en el aumento de la población objetivo de los establecimientos, sino también en la disminución relativa de la población cuidadora con respecto a la población dependiente¹⁹⁴, lo que explicaría la necesidad de institucionalización.

Con relación a los cambios sociofamiliares, cabe transcribir la intervención de un legislador que, a pesar de su extensión, resulta relevante por las valoraciones vertidas y la transparencia con que se expone la perspectiva que la sustenta. Decía el Senador Alberto Cid:

Por otro lado, esta población envejecida se inscribirá en un perfil de sociedad industrializada, en que **la mujer abandona el hogar cada vez con más frecuencia**. Lo hace lícitamente y, en muchos casos, por necesidad. Digo lícitamente porque en este

¹⁹¹ En el año 2000, la población en Uruguay de 65 años y más era de 12,99 y los menores de 15 años alcanzaban 24,50. En cuadro “Uruguay: indicadores de estructura por sexo y edad de la población. Período 1996 - 2050. Recuperado de www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0c094a24-1bf3-4708-9505-6bf873d726d3&groupId=10181

¹⁹² En el año 2017, la población en Uruguay de 65 años y más es de 14,15 y los menores de 15 años es de 20,32. En cuadro “Uruguay: indicadores de estructura por sexo y edad de la población. Período 1996 - 2050. Recuperado de www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0c094a24-1bf3-4708-9505-6bf873d726d3&groupId=10181

¹⁹³ En el año 1996, la esperanza de vida fue de 73,92 (mujeres, 78,05 y varones 69,92). En cuadro “Esperanza de vida al nacer por sexo, tasa global de fecundidad y edad media a la maternidad. Uruguay, período 1996 - 2050”. Recuperado de www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0c094a24-1bf3-4708-9505-6bf873d726d3&groupId=10181

¹⁹⁴ Ver relación de dependencia en Uruguay, en página 9 de este trabajo.

momento **la mujer ha logrado su inserción en la sociedad**; además, hoy sabemos que para cumplir con las necesidades del núcleo familiar **es preciso que trabajen todos sus integrantes**, también sabemos que la mujer cumple un papel trascendente en la vida familiar y, en una extraordinaria simplificación social, diría que **gran parte de los problemas sociales a que estamos asistiendo en el país se deben al abandono del hogar por parte de la mujer**. Ella constituye el factor aglutinante, el que da cariño, el que reúne las estructuras familiares, el que enseña a los hijos y **da cobijo a las personas mayores dentro del hogar**. Cuando la mujer desaparece del hogar, se pierde la **referencia aglutinante** que es, además, **de tipo ético** dentro de la familia. No ignoramos que esta situación se irá acentuando, porque las condiciones de vida cotidiana son duras, difíciles, y también porque la mujer tiene derecho a acceder a los puestos que clásicamente ha desempeñado el hombre. Entonces, deberemos enfrentarnos a esa doble problemática a la que asiste hoy nuestra sociedad: el hijo que necesariamente debe ser dejado en una guardería mientras su madre trabaja y el anciano que desaparece del hogar” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 210).

Acerca de esta exposición aparece más de un aspecto a señalar. Uno es el dato objetivo del aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral¹⁹⁵. Los estudios referidos a la Tasa de Actividad femenina mostraban una variación significativa en las últimas décadas.

El crecimiento de las tasas de participación femenina es uno de los hechos destacados desde fines de la década del 70 a la fecha, al punto de haber aumentado en más de un 50% (téngase en cuenta que, mientras en 1969 la tasa promedio anual de actividad femenina fue del 27.4%, en 1997 fue 46.1%) (Ferre y Rossi, 2002, p. 6).

El rol de la mujer en el espacio doméstico es otra información relevante en el discurso. Desde comienzos del siglo XX, en el marco de la emergencia del Estado Moderno, la medicalización de la sociedad y las nuevas relaciones de producción en el país, la familia “como espacio social y como institución” resultó ser clave para instrumentar el cambio

¹⁹⁵ Un indicador utilizado con respecto al ingreso de la mujer al mercado laboral es la Tasa de Actividad femenina. Su cálculo mantiene igual criterio de cálculo que la Tasa de Actividad general (Población activa / población total en edad de trabajar, mayor de 16 años x 100), entendida como “el porcentaje entre la población económicamente activa total (ocupados más desocupados) sobre la población total” (Neffa, Panigo, Pérez & Giner, 2005, p. 48). Vincula de esta forma la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población en Edad de Trabajar (PET). Esta tasa de actividad toma valores específicos si se considera en la ecuación sólo a un grupo particular de población, en este caso las mujeres.

cultural requerido. En el ámbito doméstico, la mujer ocupó un rol protagónico en la gestión de “la economía de los cuerpos” dentro de una estrategia biopolítica que “establecía formas inéditas de lidiar con la cuestión social emergente” (Mitjavila, 2016, p. 153).

El tratamiento del ámbito doméstico por parte del Estado (y la medicina) no fue el mismo para las clases populares que para la burguesía, instrumentándose distintas estrategias disciplinares atendiendo las particularidades de cada sector (De Martino, 1995). Con relación a los sectores populares, “se darán respuestas a la pobreza”, primando un especial interés sobre el control de las conductas y enfermedades tendientes a disminuir el riesgo de transmisión a las clases pudientes, a través del vínculo con la servidumbre (De Martino, 1995, pp. 25 - 26).

Para la familia burguesa en cambio, las estrategias buscaron “la penetración de los nuevos valores y saberes al santuario familiar. Valores y saberes que se articularán a partir de la figura de la mujer, como buena administradora y educadora”. De esta forma, la mujer burguesa se convirtió en “difusora de valores, educadora, interlocutor de las disciplinas científicas” (De Martino, 1995, p. 37).

Más allá de las diferencias, ambos grupos presentan “en común dos elementos fundamentales: el primado de lo educativo y el ser objeto, más allá de diferencias, de estrategias de familiarización” (De Martino, 1995, p. 37).

Esta “medicalización de la intimidad y de las costumbres”, que colonizó el espacio íntimo de sectores importantes de la población uruguaya, fue posible gracias a la alianza establecida entre el médico y la mujer. En el nuevo contexto, la “relación con el médico y su saber le otorgó a la mujer, sometida al poder masculino, el papel de divulgadora de valores, alterando su estatus precedente, en el sentido de tornarla relativamente más independiente del poder patriarcal” (Mitjavila, 2016, p. 157).

Los discursos de fines del siglo XX en el parlamento muestran la vigencia en el imaginario social de este rol asignado y asumido por la mujer, calificado de referencia

“aglutinante” y “de tipo ético”, al que se le atribuye un sentido tal, que lo hace responsable de “gran parte de los problemas sociales a que estamos asistiendo en el país”.

Este posicionamiento de cuerpos en un campo de reglas, saberes y poderes sufrirá el embate de las transformaciones ocurridas en las últimas décadas en Uruguay: las configuraciones familiares presentaron una tendencia de cambio de “aportante único” (representado en general por la figura masculina), a “aportantes múltiples”.

La nueva dinámica mantuvo un peso relativo superior del trabajo doméstico en las mujeres que en los varones imponiendo una “doble jornada” en la actividad femenina. El dato se confirma en todos los tramos etarios aunque “la mayor dedicación de tiempo le corresponde a las mujeres entre 30 y 59 años, quienes a su vez destinan casi el triple que los varones” (Aguirre y Scuro, 2008, p. 20). A pesar del costo en la vida cotidiana que esta doble actividad supone para un sector de población, la misma no puede sostener el rol atribuido, interpretándose que “la mujer abandona el hogar cada vez con más frecuencia”.

Otro aspecto sobre el cual reflexionar lo aporta el concepto sobre “trabajo de cuidados familiares”. Éste es parte del trabajo doméstico e incluye “aquellas actividades de cuidado de niños, niñas, personas dependientes o enfermas, que se realizan en el hogar sin recibir remuneración” (Aguirre y Scuro, 2008, p. 20)¹⁹⁶. Resultan significativas las consecuencias diferenciales que para la infancia y la vejez son admitidas frente a esta pérdida en las capacidades de cuidados familiares: en el primer caso “necesariamente debe ser dejado en una guardería mientras su madre trabaja”, mientras “el anciano” en cambio “desaparece del hogar”. Una diferencia evidente entre ambos grupos dependientes es su relación con la fuerza productiva (pasada y futura).

¹⁹⁶“El trabajo de cuidados a dependientes o enfermas/os fue definido a través de una serie de tareas consideradas imprescindibles para las personas que no pueden valerse por sí mismas en las actividades de la vida cotidiana en el hogar. Las tareas relevadas son: 1. Dar de comer o ayudar a hacerlo 2. Bañar, asear, vestir o ayudar a hacerlo 3. Administrar medicinas 4. Acompañar al servicio de salud 5. Llevar de paseo o hacer compañía en el hogar 6. Hacer alguna terapia especial o ayudarles a realizar ejercicios” (Aguirre & Scuro, 2008, p. 48).

Esta responsabilización de la familia y/o la comunidad, a través del cuidado directo o el contrato del servicio en el mercado, tiene su correlato en la concepción que, sobre el cuidado humano, conlleva este modelo de Estado. En el período estudiado, los procesos denominados “familiarización” y “comunitarización”, son aquellos que “representan una concepción que define y asigna la responsabilidad del mismo al par familia/comunidad basado en el mismo principio: el de la naturalización y la “primarización” concebidas como pre política” (Danani, 2009, p. 39).

El senador Alberto Cid no era el único que tenía estas opiniones sobre los cambios familiares. En la Exposición de motivos firmada por varios legisladores, el discurso también se basaba en percepciones particulares, cargadas de adjetivos y valoraciones con pretensiones universales, que hacen eco a las “aspiraciones omnicomprensivas del iluminismo” (Mitjavila, 2016, p. 159).

Se planteaba que la nueva situación familiar “lleva al anciano a largas jornadas de soledad, en el mejor de los casos, o los ‘expulsa’ a las llamadas ‘residencias de ancianos’ o ‘casas de salud’” (Faingold, Cid, Storace, Korzeniak, Andújar, Exposición de Motivos, 1995, Distribuido 386, Carpeta 271).

Los cambios señalados habían tenido también consecuencias negativas para la familia que “se ha desestructurado y quedado sin el valor de la experiencia, ni el consejo dado con cariño y holgura de tiempo”. Con respecto a la institucionalización se describía en términos de confinamiento y “solución inadecuada”, diciendo textualmente la fundamentación:

El anciano corta vínculos con su entorno habitual, se lo confina a un lugar diferente, rodeado de figuras desconocidas, donde debe de ejercer un poderoso esfuerzo de adaptación. Esta inadecuada, pero muchas veces **necesaria solución**, la de institucionalizar al anciano, muchas veces empeora por la precariedad de las viviendas, que no cuentan con las condiciones adecuadas para la nueva etapa a emprender”¹⁹⁷

¹⁹⁷ Distribuido 386, Carpeta 271 de 1995. Dirección general de comisiones, comisión de salud pública, XLIV a, Legislatura, Primer Período. Proyecto de ley 17.066 con exposición de motivos. Alojamientos privados para adultos mayores. Se establecen normas para su funcionamiento.

(Faingold, Cid, Storace, Korzeniak, Andújar, Exposición de motivos, 1995, Distribuido 386, Carpeta 271).

En la construcción del problema se evidencia un reduccionismo dilemático entre el espacio doméstico y el institucional, que parece restringir al legislador a la regulación de una situación entendida como inevitable “en virtud de lo que Cohen llama ‘preferencias adaptativas’: es posible que les gustara que la sociedad fuera diferente, pero en el fondo no creen que sea factible modificarla, y en consecuencia terminarán conformándose con lo existente” (Danani, 2008, p. 43).

El sustrato de estos dilemas puede encontrarse integrado al universo de significaciones subyacente en los discursos. Por un lado, las construcciones de los sujetos (mujer y vejez) y de los vínculos que se establecen, son estereotipados, atribuyéndoles cualidades y roles naturalizados (cuidadora, consejero). Se trata de “anticipaciones” que se transforman “en expectativas normativas, en demandas rigurosamente presentadas” hacia ese “otro” del que, en caso de ser normal, cumpliría con las condiciones pre concebidas dentro de su grupo. Para ello, la sociedad “establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (Goffman, 2006, pp. 11 - 12).

Por otro lado, al igual que en otros momentos históricos representados por el Proyecto de Martirené (1928, pp. 3 - 5) y por el decreto del año 1954 (Artículo 5), las prácticas de cuidados aparecen dicotomizadas entre el cuidado en el ámbito familiar o el institucional, con una asignación de valores polarizada (positivos o negativos) para cada espacio.

En el eje de **fundamentaciones referidas a los establecimientos**, todos los expositores presentaban una opinión negativa sobre los mismos, con algunos matices. Se combinaban en los discursos: cifras y datos (sin aclarar las fuentes), valoraciones y adjetivos, hipótesis explicativas del problema e ideas imaginadas o proyectadas como posibles soluciones.

El **número de establecimientos y la situación de irregularidad** de los mismos era uno de los argumentos esgrimidos a favor de la ley:

En Montevideo hay 122 hogares habilitados y otros tantos en trámite; pero desconocemos cuántos están trabajando en condiciones irregulares o clandestinas, sin ningún control de las autoridades competentes. Aquí hay 4.650 camas para este grupo de edades; pero no sabemos cuántas funcionan en forma clandestina. Sabemos que en el interior del país hay 85 hogares con 4.000 camas que también dan cobijo a estas personas (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Exposición de Motivos, Tomo 370, p. 209).

La necesidad de homogeneizar los servicios, fue otro de los argumentos a favor de aprobar una normativa que regulara la práctica de la institucionalización. Las dificultades identificadas en diversas situaciones, a partir de denuncias o como resultado de investigaciones, aportaban el fundamento a la necesidad de una intervención estatal. Se trata de temáticas que no requieren de grupos de presión para ser incorporadas a la agenda pública, ya que poseen una “significación social tal, que cuestionan la legitimidad del sistema institucional por sí mismas” (Grassi, 2003, p. 22).

En este sentido, el Senador Carlos Julio Pereyra¹⁹⁸ en su intervención, hacía alusión a la investigación que precedió al proyecto de ley. La misma “reveló las enormes carencias que la sociedad uruguaya tiene con respecto a la atención de los ancianos; fundamentalmente, los de menores recursos. En esa inspección se encontraron desde lugares de reclusión muy aceptables hasta aquellos que ofrecían las peores condiciones” (Pereyra, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 213).

Por su parte el Senador Jorge Batlle¹⁹⁹, en una misma intervención describía cambios sociofamiliares, su impacto en el cuidado de la vejez y valoraba las consecuencias de la internación de los viejos. Opinaba al respecto:

¹⁹⁸ **Carlos Julio Pereyra** (Nacido en 1922) Maestro y Profesor de Historia y Educación Cívica. Edil en el departamento de Rocha en el período (1951 - 1958). En fue electo al Consejo Departamental de Rocha (ejecutivo departamental colegiado) para el periodo (1959 - 1963). Diputado durante el período (1963 - 1966). Fue senador durante el período (1966 - 1973). Al retorno de la democracia fue electo nuevamente senador durante cuatro períodos (1985 - 2005). Ocupó la presidencia del Directorio del Partido Nacional (2008 - 2009).

¹⁹⁹ **Jorge Luis Batlle Ibáñez** (1927 - 2016). Doctor en Derecho egresado de la UDELAR. Periodista, fue columnista en el diario El Día. Redactor y Director del Diario Acción. Político perteneciente al Partido Colorado, fue electo diputado durante el período (1959 - 1967). Senador durante los períodos (1985 - 1990) y (1995 - 2000). Presidente de la República durante el período (2000 - 2005).

Todo lo dicho por el Senador Cid es absolutamente cierto, pero creo que tienen mayor gravedad. Debido a la actual forma de vida, los pequeños apartamentos y a los cada vez más modestos recursos con que cuenta la gente, los abuelos ya no pueden vivir con los hijos y con los nietos; y muchas veces cuando hay un descaecimiento de la situación se genera una especie de vocación de sacarse de encima a esa persona de la familia, que pasa a vivir en un lugar en el que generalmente nadie más la va a ver, quizá porque los hijos sienten que no es conveniente que sus nietos concurran a determinados lugares donde ven la decadencia de la vida. Creo que esto hace aún más penosa y más grave la situación, puesto que quedan abandonados a la espera del punto final, muchas veces padeciendo abusos (Batlle, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 214).

A partir de este análisis y en el marco de la dinámica permisiva de la libre opinión ya planteada, el Senador Jorge Batlle proponía como solución el traslado al medio rural de las “casas de salud”, para mejorar las condiciones de institucionalización y la integración social. En este sentido continuaba expresando:

En cambio, si vivieran en un medio rural y pudieran salir por lo menos a ver un árbol, un pájaro, una flor, o mediante un pequeño esfuerzo pudieran plantar, seguramente estarían mejor y serían mucho más útiles a la sociedad y a su propia familia y la gente tendría el gusto de irlos a ver a ese tipo de lugares, tal como ocurre en el interior del país, ya que, en realidad, en Montevideo estos establecimientos son como cárceles (Batlle, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 214). Para ellos proponía “solicitar al BHU préstamos para viviendas en el medio rural dirigidos a las casas de salud” (Batlle, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 214).

La “desresponsabilización” de los familiares y de la sociedad uruguaya toda también formó parte de los fundamentos planteados. El Senador Hugo Fernández Faingold²⁰⁰ expresaba “todos conocemos lo que se llama - en una expresión terrible - “morideros”, que son casas donde casi todos los ancianos padecen de problemas de salud y son allí depositados para lo que el nombre dice: a la espera de que se mueran” (Faingold, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 221). Si bien los establecimientos privados eran

²⁰⁰ **Hugo Fernández Faingold** (Nacido en 1947) Profesor y político perteneciente al Partido Colorado. Ministro de Trabajo durante el período (1985 - 1989). Electo senador para el período (1995 - 2000) asumió la Vicepresidencia de la República ante el fallecimiento de Hugo Batalla. Electo senador para el período (2000 - 2005) renunció a la banca para ejercer como Embajador del Uruguay en EEUU.

el objeto de la ley, en su exposición incorporó la mirada al sector público, en particular al Piñeyro del Campo y a toda la sociedad uruguaya. Decía al respecto:

(...) nos hemos encontrado con que los ancianos han tenido que soportar condiciones de deterioro ambiental muy importantes, por no hablar de alguna circunstancia de aprovechamiento que algunos malvivientes emprendieron hace algunos años en el Piñeyro del Campo, sometiendo a los ciudadanos allí internados a vejámenes de toda naturaleza. Esta situación fue objeto de denuncias de todo tipo, que pudorosamente la sociedad uruguaya ocultó en aquel momento, porque no quería asumir la responsabilidad de reconocer en qué forma, institucionalmente y en ese modelo estaban cuidando a sus ancianos” (Faingold, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 221).

Tres años más tarde, en la Cámara de Representantes se sostuvieron también discursos contrarios a la situación de los establecimientos y defendían la necesidad de controlarlos. El Diputado Luis Gallo²⁰¹ expresaba: “hay un interés comunitario en resolver el pavoroso problema de las casas de salud, que existe en todo el país y que necesita urgentemente de esta ley, para regular su funcionamiento” (Gallo, Diario de Sesiones Representantes, N° 2790, 1998, p. 123)²⁰².

En los discursos se evidencia la emergencia de una nueva subjetividad hacia las prácticas de institucionalización de la vejez, la cual no aparecía asociada al cuidado, sino que se le nombraba como “morideros” y “cárceles”. Eran connotadas negativamente refiriéndose a la misma en términos de “reclusión”, “solución inadecuada”, “confinamiento”, “expulsión”, “abuso” y “abandono”. Se responsabilizaba de esta situación a la sociedad que “pudorosamente” oculta para no “asumir responsabilidades”, a la familia en general y al cambio de rol de la mujer en particular. Desde esta perspectiva, “los ‘problemas sociales’ terminan siendo identificados con ‘fallas familiares’ (Cochrane, 1997) o comunitarias” (Danani, 2009, p. 44).

²⁰¹ **Luis Gallo** (Nacido en 1934). Doctor en Medicina egresado de la UdelaR. Electo diputado por el partido Frente Amplio durante tres períodos (1995 - 2010). Fue integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

²⁰² Diario de sesiones de la Cámara de Representantes. XLIV Legislatura. Cuarto Período Ordinario. 76° Sesión. N° 2790. Montevideo, 15 de diciembre de 1998.

La connotación negativa consensuada sobre la situación en los establecimientos y el aislamiento social de las Personas Adultas Mayores, viabilizó no sólo aprobar la regulación estatal, sino también la búsqueda de respuestas apropiadas a la práctica de institucionalización existente. Los “compromisos y acuerdos” alcanzados en torno al tema tuvieron como resultado el establecimiento de “instituciones y normas dotadas de fundamentos y razones de donde derivar su propia legitimidad (es decir, de donde puedan ser reconocidas en su justeza o como adecuadas al problema que les subyace)” (Grassi, 2003, p. 15).

En base al problema percibido, el proyecto de ley otorgaba especial alcance a dos alternativas que buscaban “empezar a paliar la problemática de la ancianidad” (en consonancia con las propuestas de desinstitucionalización planteadas desde principio de siglo), bajo el supuesto que “su generalización permitiría revertir gran parte de los problemas” (Faingold, Cid, Storace, Korzeniak, Andújar, Exposición de Motivos, 1995, Distribuido 386, Carpeta 271). Estas alternativas eran el **Servicio de Inserción Familiar** y el **Alojamiento de Horario Parcial**²⁰³ (artículos 5 y 6 de la Ley “Hogares de ancianos”).

El Servicio de Inserción Familiar hacía referencia a “hogares sustitutos a los ancianos donde encontrar alivio a su soledad, recrear la imagen familiar al tiempo que puedan desarrollar capacidades de trabajo en la casa”. En la segunda opción, la propuesta era que el Adulto Mayor concurriese “por períodos o lapsos determinados, a un lugar donde conviva con otros ancianos que viven una problemática similar, creándose un núcleo de relacionamiento. Luego, los ancianos pueden volver a su hogar donde se insertan nuevamente en su seno familiar” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 213).

Al igual que en el caso de la institucionalización, el componente afectivo ocupaba un lugar central para la demostración de la probidad de las alternativas propuestas. Dos intervenciones ilustran al respecto:

²⁰³ Concepto aportado por la Comisión de Salud Pública

De esta manera, se logra que el anciano – que muchas veces ha asistido al duelo sistemático de ver desaparecer a sus amigos y, en muchos casos a sus familiares - pueda volver a encontrar en otro núcleo familiar el ámbito donde intercambiar experiencias y brindar cariño y educación a esos hijos postizos o adoptivos (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 213).

(...) aun en las casas donde se exige una suma de dinero mensual muy elevada no se les puede brindar el calor y afecto que necesitan, tal como manifestó el señor Senador Batlle (Machiñena²⁰⁴, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 215).

Podría resumirse que, desde la comprensión de quienes participaron en el debate parlamentario, la práctica de alternativas a la institucionalización (Alojamiento de Horario Parcial y Servicio de Inserción Familiar) sumada a la nueva normativa y el control estatal de los establecimientos de internación, garantizarían ciertos estándares de bienestar a la población objetivo.

A pesar de ello, más allá de la intencionalidad manifiesta y fundada, la despolitización que caracterizó la interpretación del problema (y de sus causas) derivó en propuestas que fracasaron en su implementación. Como se verá más adelante, las alternativas a la institucionalización tuvieron muy escaso desarrollo en las décadas siguientes y el control estatal fue en los hechos claramente deficitario.

Las transformaciones sociofamiliares y el ingreso de la mujer al mercado laboral, establecidos como causas centrales por los legisladores de la institucionalización de la vejez, fueron despojadas de su complejidad. Las simplificaciones que caracterizaron los discursos (“condiciones de vida cotidiana son duras”, “el derecho a acceder a los puestos que clásicamente ha desempeñado el hombre”) invisibilizaron que la doble jornada de trabajo de la mujer, fue no sólo una respuesta para lograr la subsistencia familiar sino que también fue una condición de los nuevos requerimientos del sistema. El pasaje del aportante único a aportante múltiple modificó el patrón de proletarización, de reproducción y de organización de la vida (Danani, 2009).

²⁰⁴ **Jorge Machiñena** (1936 - 2007). Político perteneciente al Partido Nacional, fue electo diputado durante tres períodos (1985 - 2000). Presidió la Cámara de Representantes en 1996 y fue Vicepresidente del Parlamento Latinoamericano.

Esta despolitización del cuerpo de la mujer, impidió poner en debate hasta qué punto la fuerza de trabajo en su doble rol (productivo y reproductivo) requirió el encierro de la vejez improductiva, sin otra condición. Dicho en otras palabras, en esta nueva etapa el encierro tendría como propósito no sólo el control del cuerpo institucionalizado, sino que tendría también como objetivo, el control de la fuerza de trabajo familiar en la modalidad requerida por el proyecto socio político de finales del siglo XX.

El rol otorgado al Estado con relación a la institucionalización de la vejez

Las transformaciones operadas como resultado de la Ley 17.066 (1998) deben ser leídas en el marco del modelo de Estado imperante en Uruguay durante la década de los años 90. La nueva ley, en tanto política pública, dirimía la responsabilidad y la participación pública/privada en respuesta a la problemática tratada, estableciendo “el campo de relaciones y de prácticas, estatalmente organizado, en cuyo interior se disputa por construir las condiciones de vida – y especialmente, el trabajo y las necesidades- como asunto público o como asunto de particulares” (Danani, 2012, p. 93).

En este sentido, presentan especial relevancia con relación al objeto de estudio el lugar que ocuparon las esferas pública y privada en la implementación de lo dispuesto y el rol asignado al Estado. Contribuyen a la comprensión de estos tópicos los debates suscitados a nivel parlamentario sobre las autoridades y sectores públicos con injerencia en la materia.

El texto de la ley comienza con una disposición referida al rol del Estado. El Artículo 1 expresa: “Corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad”, siendo el Ministerio de Salud Pública en el ejercicio de sus competencias,

quien ejecute las políticas específicas correspondientes. De esta forma se aportan dos datos con distinta incidencia en la temática.

El primero es el pasaje de la normativa a la órbita del Poder Ejecutivo, representando un cambio de jerarquía de la temática vinculado a la nueva representación social, política y económica que la vejez adquirió en este período.

El segundo dato a considerar, es la potestad otorgada al Ministerio de Salud Pública sobre el tema, sustituyendo el lugar ocupado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social desde el decreto del año 1984 (Gallo, Diario de Sesiones Representantes, 1998, N° 2790, p. 125)²⁰⁵. Todas las categorías de establecimientos definidos por la ley debían estar habilitadas e inscriptas en un Registro Único Nacional a cargo del Ministerio de Salud Pública.

El sector del Estado con injerencia sobre los establecimientos de residencia dirigidos a la vejez

La injerencia transferida al Ministerio de Salud Pública aporta información relevante sobre las atribuciones de sentido que, en el marco de este contexto político cultural, sustentaban la construcción de la problemática y en consecuencia, de las alternativas para su resolución.

El cambio de potestades entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública no fue consensuado, reflejando las discrepancias el debate de los artículos 1 y 7²⁰⁶ de la ley. Al mismo tiempo, este tema fue el único que suscitó la intervención de la sociedad civil organizada.

²⁰⁵ Diario de sesiones de la Cámara de Representantes. XLIV Legislatura. Cuarto Período Ordinario. 76° Sesión. N° 2790. Montevideo, 15 de diciembre de 1998.

²⁰⁶ “Artículo 1°.- Corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad. El Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas”. “Artículo 7°.- (Habilitación y Registro). Todas las residencias, hogares, centros y demás servicios para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y estar inscriptos en el Registro Único Nacional a cargo de dicha Secretaría de Estado, quien a la vez tendrá a su cargo el control

Al respecto, los representantes de los Hogares de Ancianos (sin fines de lucro) presentaron cartas a los legisladores expresando la preocupación de dejar de recibir apoyo del Banco de Previsión Social en caso de que la regulación pasara a la órbita del Ministerio de Salud Pública. Se temía el cambio de relacionamiento de la sociedad civil con el Estado (Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 228). El Senador Jorge Batlle expresaba en relación a este tema:

Creo que la duda de esos movimientos surge de lo siguiente: a sí mismos se distinguen y se consideran muy diferentes a las comúnmente llamadas casas de salud. Entonces, se preguntan por qué les van a imponer las mismas obligaciones y reglamentaciones que a aquellas (...) Lo que piensan es que sin reglamentaciones están haciendo las cosas bien. Por lo tanto, lo que a su entender hay que hacer es reglamentar (...) a las que supuestamente están trabajando mal (Batlle, 1995, Diario de Sesiones del Senado, Tomo 370, p. 228).

Distintos sectores intervinieron a través de sus representantes haciéndose eco de estas dudas. El Senador Luis Alberto Heber²⁰⁷ aportaba datos que fundamentaban su preocupación por el número de emprendimientos que afectaría el cambio de injerencia. Decía: “Existe un registro nacional de instituciones que brindan servicios a los Adultos Mayores a cargo del BPS; 360 instituciones: 80 hogares de ancianos, 170 clubes de 3º edad y 120 asociaciones de jubilados y pensionistas” (Heber, 1995, Diario de Sesiones del Senado, Tomo 370, p. 210).

Otro eje del debate se enfocó en si correspondía otorgar estas potestades al Ministerio de Salud Pública, ya que muchos de los establecimientos centraban su tarea en la “asistencia social” y no en la salud de sus residentes. Se expresaba: “Su pase al MSP implicaría un

sobre dichos establecimientos. La reglamentación determinará las condiciones necesarias a los fines de la habilitación a que hace referencia el inciso anterior, la forma mediante la cual se ejercerá el control de los mencionados establecimientos así como la periodicidad de las inspecciones cuya realización el Ministerio de Salud Pública podrá coordinar con el Banco de Previsión Social en el marco de los cometidos que le asigna el artículo 1º inciso segundo de esta Ley”.

²⁰⁷ **Luis Alberto Heber** (Nacido en 1957). Político perteneciente al Partido Nacional fue electo diputado durante dos períodos (1985 - 1995) y senador por cinco períodos (1995 - 2020). En 1993 fue Presidente de la Cámara de Representantes. Integra el Directorio del Partido Nacional desde el año 1999 el cual presidió durante el año 2011.

mayor hincapié en el tema salud y muchos Hogares no tienen esa especialidad, sino de asistencia social” (Heber, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 210). Proponían entonces que los Hogares continuaran dependiendo del Banco de Previsión Social “con exigencias mínimas de salud establecidas por el MSP” (Heber, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 228).

El Senador Pablo Millor²⁰⁸ apoyaba esta perspectiva diciendo “estos hogares tienen su centralidad en la atención de necesidades sociales de amparo y vivienda y no en problemas de salud” (Millor, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, pp. 224 - 225). En la misma línea argumental, se cuestionaba a los artículos 1 y 7 por la “centralidad” que le daban al Ministerio de Salud Pública y se debatían los cometidos de la denominada Comisión Honoraria como asesora del Ministerio de Salud Pública en la habilitación de Hogares²⁰⁹ (Heber, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 228).

En suma, se ponía en cuestión el énfasis puesto en la salud, por entender que el mismo no daba cuenta de la multiplicidad de factores que se articulaban en la problemática abordada por las instituciones. Desde esta perspectiva puede entenderse la respuesta instrumentada como “reduccionismos que `recortan` el accionar estatal sobre problemáticas complejas en líneas de acción paralelas, descoordinadas y hasta contradictorias en su atribución de monocausalidad al problema de agenda pública” (Acuña, 2010, p. 9). El diseño de estas políticas es el resultado de una construcción que prioriza las especificidades de una temática tanto a escala estatal, como disciplinar. De este modo, las disposiciones se sostienen tanto en “la lógica político-organizacional que otorga cuasi monopolios de acción temática a áreas ministeriales especializadas de manera discreta y angosta, como en la lógica de formación disciplinar de los expertos y profesionales que las ocupan” (Acuña, 2010, p. 9).

La cuestión trascendía la opinión de los diferentes sectores políticos. Era un debate planteado en términos de área de saber - poder, de cambios en las significaciones y del

²⁰⁸ **Pablo Millor**, (1944 - 2017). Doctor en Derecho egresado de la UdelaR. Electo diputado en el período (1985 - 1990) y senador en los siguientes tres períodos (1990 - 2005) por el Partido Colorado.

²⁰⁹ Ver el apartado de “Los expertos en el asesoramiento y la implementación de la normativa” en este capítulo.

control de espacios de la vida cotidiana generado a partir de los nuevos requerimientos sociales. La normativa resultante habilitó la medicalización de una nueva problemática social, debilitando la intersectorialidad requerida por la complejidad del fenómeno. Las disposiciones aprobadas tuvieron implicancias políticas, en vínculo con la parcela de poder del sector del Estado que recibía las atribuciones, e implicancias técnicas, en relación con un saber disciplinar.

Por su parte, algunos de los senadores que habían presentado el proyecto de ley defendían la propuesta alegando que no se centraba en el Ministerio de Salud Pública, sino que se buscaba mantener las potestades de ambos organismos. El Senador Alberto Cid expresaba:

no existe la intención de vulnerar las facultades del Banco de Previsión Social (...) no es una tarea exclusiva de un Ministerio u organismo sino que es un trabajo de equipo que deberá encarar la sociedad en su conjunto, desde las Intendencias Municipales a los Ministerios (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, pp. 212 - 213).

Uno de los argumentos esgrimidos para fundamentar el cambio de injerencia era la necesidad de contar con mayor información. Se planteaba que con independencia del registro que llevaba adelante del Banco de Previsión Social, el propósito era “lograr un registro único en el cual podamos ir evaluando la realidad del problema que se presenta con respecto a las casas de ancianos” (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 210).

De este modo, este registro único encargado a la Comisión de Salud Pública (Artículo 7) buscaba generar información estadística y abarcativa de la situación “pero no por ello con una capacidad de fiscalización o de sustitución de otras instituciones que hoy están trabajando adecuadamente en el medio” (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 213).

Otros legisladores se sumarían a la defensa de la postura de que el Ministerio de Salud Pública fuese el organismo rector. El Senador Hugo Fernández Faingold planteaba que “El B.P.S. no deja de realizar sus actividades” (Fernández Faingold, Diario de Sesiones

Senado, 1995, Tomo 370, p. 210). No concordaba en hacer diferencias en cuanto a exigencias mínimas sanitarias entre los Hogares y los Residenciales, ya que los artículos 1 y 7 no impedirían a los Hogares seguir recibiendo los apoyos del Banco de Previsión Social (Fernández Faingold, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 227).

Al respecto, el Senador Luis Batlle Bertolini²¹⁰ planteaba que si bien la intervención del Estado debía de tener un “carácter multisectorial”, se expresaba a favor de la centralidad del Ministerio de Salud Pública. Decía: “la injerencia del M.S.P. tiene que ser importante, dado que justamente es a esta altura de la vida cuando se producen las mayores alteraciones en la salud de los seres humanos” (Batlle Bertolini, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 226).

Paralelamente a la ubicación de la temática en un área específica, se consolidaba al Estado desde un rol regulador; se entendía que debía retirarse de la asistencia directa, delegando la respuesta a la demanda de cuidados en los emprendimientos particulares. El Senador Hugo Fernández Faingold planteaba al respecto:

Entendemos que las normas que se establecen en este proyecto marco apuntan a eso: a que cada vez menos el Estado deba asumir, directamente, la responsabilidad de alojar, alimentar, cuidar y entretener a los ancianos, y cada vez más use los recursos para que sea la gente la que se encargue de esto (Fernández Faingold, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, 1995, p. 221).

El rol del Estado en el control a los emprendimientos privados

Los textos de la ley y su decreto reglamentario desarrollaron en forma pormenorizada el conjunto de reglamentaciones y los **mecanismos de control que el Estado debía implementar sobre la actividad privada**. El nuevo ordenamiento establecido tuvo su correlato en las disposiciones finalmente aprobadas.

²¹⁰ **Luis Batlle Bertolini**. Político uruguayo perteneciente al Partido Colorado. Electo diputado durante el período (1990 - 2005).

El Estado es también un sistema legal, un entramado de reglas que penetran y co-determinan numerosas relaciones sociales. La conexión entre las burocracias del Estado y el sistema legal es íntima: las primeras se supone que actúan en términos de facultades y responsabilidades que les son legalmente asignadas por autoridades pertinentes - el Estado se expresa en la gramática del derecho (O'Donnell, 2009, p. 200).

Para lograr el cumplimiento de lo dispuesto, la **División Control de Calidad del Ministerio de Salud Pública** fue designada como “autoridad pertinente” a cargo de realizar inspecciones que podrían coordinarse con el Banco de Previsión Social. La frecuencia de las mismas pasó de tres meses (ver decreto de 1984) a “ciclos de inspección periódicos cada 2 años” (Decreto 320/999, Artículo 7, Inciso C). También se previeron inspecciones adicionales frente a denuncias y/o el seguimiento de corrección de irregularidades.

La **obligación de elaborar una “Ficha Básica”**²¹¹ de cada residente era otro de los mecanismos de control previsto. Todo establecimiento debería elaborarla y mantenerla actualizada, previendo en base a la misma constituir una Base Nacional de Datos²¹².

Con respecto a los dispositivos de habilitación y registro de las instituciones, se detallaba el sistema de inspecciones y sus fases²¹³, las devoluciones de las conclusiones a los establecimientos y tres dimensiones que habrían de evaluarse: **estructurales**²¹⁴, **proceso**

²¹¹ 1.- Identificación del establecimiento y del residente, 2 - Fecha de valoración, 3 - Datos demográficos (sexo, edad, etc.) 4 - Cobertura de salud, 5 - Razón de la valoración (ingreso, inspección, reingreso por hospitalización) 6 - Datos del ingreso (fecha, procedencia, causas, adaptación al proceso de ingreso) 7 - Datos sociales (nivel educativo, ingresos, ocupación previa) 8 - Patrones de actividad y preferencia del residente, 9 - Patrones de comunicación, audición y visión, 10 - Estado nutricional y bucal, 11 - Estado funcional (dependencia o autovalidez), desempeño personal, 12 - Estado mental (cognitivo y afectivo), patrones de conducta, 13 - Diagnóstico médico y relevamiento de accidentes (caídas), 14 - Patrón de consumo de medicamentos, 15 - Continencia y condiciones de la piel, 16 - Tratamientos y procedimientos especiales, 17 - Ingresos hospitalarios 18 - Presencia de medidas extraordinarias en el paciente (restricción, sujeción). (Artículo 9 - E - Decreto 320/999).

²¹² Esta propuesta no se implementó. Como se verá en el próximo capítulo, la ausencia de datos será mencionada en debates parlamentarios posteriores a la aprobación de esta ley y se dispondrá nuevamente su realización en futuras reglamentaciones.

²¹³ “1. Recolección de datos, 2 - Análisis de deficiencias, 3 - Negociación de un cronograma de seguimiento y evaluación de las correcciones indicadas” (Artículo 7 - F - Decreto 320/999).

²¹⁴ Refiere a las características de la planta física, los equipamientos y los recursos existentes entre otros.

de atención²¹⁵ y **resultados**. También se indicaban los indicadores, las fuentes y las técnicas para obtener la información en las evaluaciones: **entrevistas** (a residentes seleccionados en forma aleatoria, a cuidadores, al Director Técnico y Representante legal), **examen** (de residentes), **documentación** (historia clínica y registros) y **observación directa**. De esta forma, no sólo se cambiaba la frecuencia de la evaluación (inspecciones), sino que también lo hacía la metodología usada hasta el momento: se incorporaban nuevas herramientas de control, complejizando el grado de detalle de cada aspecto reglamentado²¹⁶.

El Artículo 9 es un ejemplo del desarrollo exhaustivo de las condiciones mínimas del funcionamiento de los establecimientos que el Ministerio de Salud Pública debía controlar²¹⁷. En su texto se indicaban los materiales de construcción y los colores de las plantas físicas y sus pisos, la accesibilidad (ascensores para pacientes con discapacidades, pasamanos, ancho de las puertas para acceso de sillas de ruedas y rampas) limitando el uso de barreras arquitectónicas (escaleras, desniveles). Se describían detalles como el tamaño de las aberturas para la ventilación e iluminación (diurna, nocturna, de emergencia), el equipamiento para mantener una temperatura apropiada todo el año y las áreas externas verdes. Con respecto a los dormitorios se indicaba su tamaño (cinco metros cuadrados por residente), “prohibiéndose el uso de altillos, sótanos, garajes, galpones, corredores o livings” (Artículo 9 [A] - 2 - Decreto 320/999).

Con respecto al mobiliario se explicitaban la cantidad y sus dimensiones, las características de la ropa de cama, prohibiéndose “cuchetas, catres o camas marineras”. Sobre los baños se definió el número en relación a la cantidad por usuario²¹⁸, su revestimiento y la presencia de agua caliente las 24 horas del día. Se exigía además la existencia de una cocina, comedor, espacio multiuso y depósito de medicación explicitando condiciones de tamaño y materiales para cada caso. Sobre la higiene se especificó la frecuencia y el control de vectores.

²¹⁵ Refiere al manejo de condiciones de alta prevalencia de ancianos, el ambiente institucional, etc.

²¹⁶ Estructura edilicia, dinámica, recursos humanos, contrato entre privados y derechos de los residentes.

²¹⁷ El decreto presentaba un ítem (Artículo 9, Inciso F) destinado a los establecimientos de tiempo parcial: “centros diurnos y refugios nocturnos”. Para éstos detallaba los servicios, recursos humanos, pautas de higiene, seguridad e infraestructura en iguales condiciones (a excepción de los dormitorios) que en el Artículo 9 para las residencias y hogares.

²¹⁸ “un baño cada 10 residentes autoválidos y un baño cada 5 residentes incontinentes”

Se precisaban también los medios de comunicación requeridos dentro del establecimiento: timbre con “fácil acceso por cama y un tablero de timbres centralizado” (Artículo 9 [A] - 12 - Decreto 320/999) y la presencia de timbre en el baño, así como la señalética que indicara la ubicación de los diversos espacios (comedor, cocina, baños, dormitorios, etc.).

Como **medidas de seguridad** se exigía el cumplimiento de la reglamentación de bomberos (Artículo 9 [F] - 9 - Decreto 320/999).

Otro apartado dentro del Artículo 9 detallaba los requisitos establecidos para los **recursos humanos**; se especificaba la cantidad de funcionarios (según usuarios y turnos), aspectos formales (registro, carné de salud, vestimenta), permanencia (carga horaria) y calificación de la persona responsable (capacitación sobre Adultos Mayores), Director Técnico, titular o representante legal del establecimiento.

Frente a la suma de disposiciones que el Estado debía controlar, se establecían las **sanciones frente infracciones de las normas establecidas** (Capítulo IV - Artículo 13). Dependiendo de la falta, su reiteración y gravedad, la penalización podría ir desde una observación a la clausura definitiva, pasando por el apercibimiento, multas (entre 1 UR y 50 UR por cada Adulto Mayor alojado), a la suspensión de actividades. Se especificaba:

Serán consideradas faltas graves las siguientes infracciones: a) la no confección de la Ficha Básica e Historia Clínica prevista para cada internado; b) el incumplimiento por parte del Director Técnico de las obligaciones a su cargo; c) toda violación grave de los derechos de los residentes (Artículo 13 - Decreto 320/999).

Con respecto a las reglamentaciones (y las sanciones), cabe realizar algunos señalamientos. Aparece un cambio sustancial con respecto a períodos históricos precedentes: **el foco de atención pasó de la conducta de los sujetos internados en su vida cotidiana, a los servicios y recursos que debían de ofrecer los establecimientos**. Podría considerarse que este movimiento estuvo directamente vinculado a que el Estado pasó de regular establecimientos de beneficencia (públicos o privados) a regular

emprendimientos con fines de lucro²¹⁹. Sin embargo, se debe de observar que la Ley 17.066 exige idénticas prestaciones tanto a los Residenciales que actúan desde una lógica empresarial, como a los establecimientos gestionados por la sociedad civil (sin fines de lucro). Aporta también al respecto considerar que esta ley, cuyo propósito explícito es homogenizar los estándares de vida de la población institucionalizada, no exige nada similar a las instituciones públicas dirigidas al mismo sector de población²²⁰.

El cambio de enfoque de la normativa con relación a las etapas precedentes, se podría explicar además a partir una consideración distinta, pero no excluyente a la anterior. Esta nueva perspectiva podría resumirse diciendo que el Estado continúa manteniendo la mirada sobre los residentes, cambiando el control directo por otro indirecto a través de las instituciones. Dicha apreciación surge basada en que, si bien las disposiciones aluden a exigencias hacia los establecimientos, las mismas derivan en la práctica en el control de los residentes, a partir del rol de “vigilancia, prevención y promoción de la salud”, delegado en la figura del Director Técnico.

El Estado en la regulación del contrato entre particulares

Un segundo rol asumido por el Estado fue el de la regulación del contrato entre particulares, dentro de los cuales la ley va a distinguir entre los residentes (y sus familias) y los prestadores de servicios. En este segundo grupo se identifican a las empresas con fines de lucro y a los emprendimientos sustentados por la sociedad civil organizada cuyo propósito fuera la solidaridad y no la ganancia económica. De la distinción de los actores particulares en la esfera privada y del vínculo entre las partes, derivaría la propia delimitación de la esfera pública.

²¹⁹ Este tema que se retomará en el próximo capítulo en base a disposiciones aprobadas en el siglo XXI.

²²⁰ Recién se reglamentaría que los establecimientos públicos debían otorgar iguales prestaciones en el año 2010, a través del Decreto N° 88/010.

Con relación a las empresas con fines de lucro denominados **Residenciales** por la normativa, se buscaba regular el vínculo entre los representantes legales de los establecimientos y los “alojados” (artículos 11 y 12). En estas disposiciones, el Estado previó hacerse cargo brindando asistencia sólo en caso de imposibilidad de pago y ausencia de referentes familiares. Dice el Artículo 12 al respecto:

Cuando los alojados en establecimientos con fines de lucro incumplieran con su obligación de pago se producirá la extinción del contrato, y los representantes legales de esos establecimientos procurarán retornar a los alojados a sus parientes. Si ello no fuera posible los internarán en un establecimiento estatal acorde a su estado de salud, el que deberá recibirlos (...) En caso de abandono de los alojados, previa citación y emplazamiento de sus representantes, se dará intervención a la Justicia Penal (Artículo 12 - Ley 17.066).

Resulta significativo que, en la distribución de responsabilidades que busca dar respuesta a la asistencia, se invisibiliza la problemática sociofamiliar que derivó en la institucionalización de la persona, proponiendo “retornar a los alojados a sus parientes” una vez finalizado el vínculo contractual, sin mencionar la vulneración de derechos que este retorno pudiera suponer. Por tanto, es posible inferir que la intervención estatal a través de la Ley 17.066 instala en la agenda pública el cuidado de la vejez reglamentando la actividad privada, siempre que la misma se implemente fuera del espacio doméstico.

Si en el caso de los Residenciales la asistencia estatal sólo se justificaba frente a la imposibilidad de pago, con respecto a los emprendimientos sin fines de lucro (Hogares), se expresaba que debían sustituir la asistencia del Estado. El Senador Hugo Fernández Faingold alegaba que la sociedad civil organizada brindaba una atención más humana a la vejez en contraposición del modelo del Piñeyro del Campo en aquel momento. Defendía en su discurso la necesidad de cambiar la perspectiva fuertemente reglamentarista del decreto del año 1984, creando una “Ley Marco que de alguna forma pudiese servir al país para generalizar el mejor modelo que tiene el Uruguay, que no es el del Piñeyro del Campo, sino el de la sociedad civil encargándose de sus ancianos” (Fernández Faingold, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 221).

Buena parte de la explicación de por qué la sociedad civil organizada era una mejor opción se sustentaba en que las “comisiones de los hogares de ancianos están compuestas (...) por veteranos que saben que muy pocos años después van a tener que buscar una solución y por adultos de edades intermedias que desean encontrar una solución humana para sus mayores” (Fernández Faingold, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 221).

Danani (2012) plantea que en el análisis del rol de Estado se identifican dos posibles lecturas. Éstas aportan a complejizar la comprensión de la ley sobre la institucionalización en nuestro país. Una, entiende que el Estado se retrajo, asumiendo un rol subsidiario al mercado. Se disminuyó el gasto público y se implementaron políticas sociales focalizadas que atendían en forma residual aquellos aspectos que el mercado no cubría. En el tema estudiado esta modalidad residual implica el rol de asistencia brindado por el Estado sólo a aquellas personas usuarias de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) que no tuvieran posibilidad de pagar una institución o que no cuenten con una familia “responsable”.

Otra perspectiva señalada por la autora interpreta en cambio que la característica esencial de los modelos neo liberales no estuvo en el tamaño del Estado, sino la movilidad de las fronteras público-privado, redefinidas sobre la base de “aquello que cada ciclo histórico identifica como de interés común” (Danani, 2012, p. 94).

Este segundo enfoque concibe al Estado liberal como un modelo que construye en asunto público el interés privado. Dice Danani al respecto que “toda política de Estado se dirime”, y a su vez participa, en “la definición de la relación y del carácter público o privado de una cuestión”, por lo cual “define y conforma, al mismo tiempo, aquello en y “sobre” lo que esa política actúa (Danani, 2012, p. 93). Por tanto, no se reduce lo público, sino que se modifica su contenido, el sentido que le es dado. Así mismo, los límites entre lo público y lo privado no son estancos, se redefinirán en cada período, sobre la base de “aquello que cada ciclo histórico identifica como de interés común” (Danani, 2012, p. 94).

Con relación al **sentido dado a lo público**, se destacan tres aspectos aportados por Danani (2012). En primer lugar se establece en la ley una dicotomía público-privado, donde lo privado está representado por el ámbito doméstico y lo público por el mercado de cuidados. Dicho mercado representa lo colectivo y por tanto, adquiere un carácter político y estatal pasible de ser regulado. Un segundo aspecto identificable sobre el carácter público que toman estos sistemas de cuidados, refiere a “aquello que está alcanzado por el atributo de la publicidad” (Danani, 2012, p. 92), a diferencia del cuidado doméstico caracterizado por lo oculto, lo íntimo. En tercer lugar, lo público está dado por la accesibilidad al colectivo a través del mercado y del consumo, en contraposición al ámbito doméstico. Las políticas sociales resultantes de la discriminación entre lo público y lo privado comprenden “un proceso socio político, institucional, económico y cultural, en el que se construyen el trabajo y la política y en el que una sociedad define los sujetos, objetos y medios legítimos de satisfacción de necesidades (Lindenboim y Danani, 2003)” (en Danani, 2009, p. 36).

Un último aspecto a mencionar con relación a la ley son las **dudas planteadas** a lo largo del debate por parte de los legisladores acerca de la viabilidad de implementar ciertos aspectos de la propuesta que se estaba dictando. Como se verá, no fue una preocupación vana, ya que la falta de recursos humanos y materiales dificultaron la implementación de las disposiciones y el control por parte del Estado desde la aprobación de la ley a la actualidad. La inquietud se centraba en lo establecido en algunos artículos.

Se hizo referencia en los discursos al costo que implicaba cubrir todas las exigencias establecidas por el Artículo 9 (ocho carillas de extensión). En respuesta, se propuso en más de una intervención instrumentar un apoyo económico a los mismos. Decía Alberto Cid al respecto aludiendo a las dudas planteadas por otros senadores:

el señor Senador Fernández Faingold, durante el trámite de elaboración de este proyecto tuvo la inquietud coincidente con la del señor Senador Batlle, en el entendido de que sería un aporte trascendente buscar un fondo que pudiese financiar las exigencias a las que vamos a someter a estos hogares para uniformizarlos en cuanto a la calidad de asistencia que brindan. Creo que lo que plantea el Senador Batlle va más allá de eso y apunta a

soluciones definitivas que debemos encontrar (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 215).

Dentro de las preocupaciones señaladas, también se hacía referencia a los plazos establecidos para implementación de requisitos entendidos como condiciones mínimas de funcionamiento planteadas por los artículos 7 y 9²²¹. Se preveía el incumplimiento en los plazos exigidos debido a los altos costos que implicaban y la probable falta de control estatal. En este sentido se expresaba que debían estar previstos “los mecanismos de control pertinentes”, para evitar la clandestinidad (Sarhou²²², 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 223).

El rol de los expertos en la normativa

A lo largo de todas las instancias parlamentarias que finalizaron con la aprobación de la Ley “Hogares de ancianos”, la valoración de la opinión de los expertos fue una constante que derivó en dos aspectos decisivos: uno fue de forma, registrándose un rápido consenso sustentado en la adhesión a la opinión experta; el otro fue de contenido, resultando una política cimentada en el saber médico - geriátrico.

El análisis del vínculo de los legisladores con este saber experto presenta distintas aristas a considerar. El primer dato a tomar en cuenta es que la participación de los “expertos” como asesores en el marco de este proyecto de ley surgió como demanda del actor político. Fue financiada por el propio Estado a partir de recursos previstos para ello por

²²¹ Artículo 9°. (Condiciones mínimas de funcionamiento).- Los establecimientos deberán contar, como mínimo, con una planta física iluminada y aireada naturalmente, provista de todos los servicios necesarios para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes.

²²² **Helios Sarhou** (1926 - 2012). Doctor en Derecho egresado de la UdelaR. Fundador del Frente Amplio. Integrante de la Comisión Nacional Pro Referendum para derogar la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado. Electo diputado en el período (1990 - 1995) y senador en el período (1995 - 2000) por el Partido Frente Amplio.

el poder Legislativo. Se convocó, a partir de mecanismos de asesoría parlamentaria a expertos legitimados por su lugar de referencia a la temática.

Con relación al equipo de los técnicos contratados, decía en su intervención el Senador Carlos Julio Pereyra: “trabajó durante meses y nos elevó un informe muy completo”. Éste fue insumo para la elaboración del texto de la ley en la legislatura anterior “con el mejor asesoramiento técnico que se pudo reunir” (Pereyra, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 212). “A fin de procurar encontrar una solución a este problema, se consiguió de parte de la Presidencia del Senado que hiciera uso de una facultad establecida en el Presupuesto, mediante la cual se podía contratar el servicio de tres técnicos” (Pereyra, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 212). Las personas contratadas fueron los Doctores Juan Carlos Salsamendi, Gastón Inda y el Profesor Doctor Álvarez Martínez.

En la relación entre el actor político y el saber experto, contribuyó al vínculo de los senadores con la Universidad de la República a raíz de su propia instrucción formal (Garcé, 2011, p. 362). Esta formación académica, aunque en muchos casos provenientes de distintas ramas del saber²²³, genera una matriz ideológica racionalista e iluminista compartida. “Es probable que partidos programáticos y/o con raíces profundas en el sistema universitario y/o con tradiciones ideológicas iluministas (o tecnocráticas) estén predispuestos favorablemente a usar resultados de investigación en decisiones y políticas públicas” (Garcé, 2011, p. 364).

En el mismo sentido, la vinculación profesional en cada caso, facilita el relacionamiento con otros técnicos y concede una base de confianza al saber de los expertos a partir de su arraigo en el ámbito académico (Garcé, 2011, p. 362). Existe así una legitimidad otorgada no sólo a la racionalidad científica compartida, sino también a aquellas figuras que, por el rol que ocupan, se ubican en un lugar de saber. El reconocimiento a este saber

²²³ Cid (doctor en medicina), Fernández Faingold (ciencias políticas y sociología), Korzeniak (doctor en derecho), Pereyra (maestro y profesor de historia), Batlle (doctor en derecho), Sarthou (doctor en derecho), Storage (doctor en derecho), Arismendi [**Ana Marina Arismendi** (Nacida en 1949). Maestra. Militante del Partido Comunista desde su juventud. Exiliada durante la dictadura en la República Democrática Alemana, obtiene una Licenciatura en Ciencias Sociales en la Escuela de Berlín. Secretaria General del Partido Comunista durante el período (1988 - 2006). Electa senadora en las elecciones de 1994, 1999 y 2004. Ministra de Desarrollo Social durante el período (2005 - 2010) y desde el 2015 a la actualidad].

académico legitima las decisiones tomadas, y el lugar de neutralidad que ocupa facilita la adhesión de integrantes de distintos sectores, con los consecuentes niveles de consenso alcanzados.

Resulta pertinente transcribir la extensa lista de nombres (y cargos) que planteaba el Senador Alberto Cid como evidencia del grado de experticia con que se sustentaba el proyecto presentado.

A continuación, voy a hacer rápida enumeración de las opiniones que fueron recogidas y de las cuales se nutrió la anterior Comisión – que integraba el Sr. Senador Pereyra_ así como también de las nuevas consultas que se efectuaron. A modo de ejemplo, podemos señalar que se recogió la opinión del Presidente del Banco de Previsión Social, don Ricardo Romero; del Presidente del Plenario de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, don Ruben Henaise; del Presidente de la Organización de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, don Adhemar Fernández, del Director de la Oficina Municipal de Ancianidad del Departamento de Rocha, Doctor José Pedro Hergóm; del Presidente de la Coordinadora de Entidades Pro Bienestar del Anciano del Departamento de Colonia, don Santiago Álvarez; del Jefe del Programa de Ancianidad de la Unidad de Promoción Social del Banco de Previsión Social, Doctor Gastón Inda; de quien estuvo a cargo de la Cátedra de Geriátría y Gerontología de la Facultad de Medicina, Profesor Doctor Álvarez Martínez_ cabe destacar que estos dos últimos colaboraron con los Legisladores en la elaboración del Proyecto de Ley; del Director Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública, Doctor Juan Carlos Salsamendi, y del ex Ministro de Salud Pública, Doctor García Costa. En esta nueva etapa podemos citar a la Sociedad de Geriátría y Gerontología y, nuevamente, al Ministro de Salud Pública, Doctor Alfredo Solari quien, a su vez, solicitó la opinión del Doctor Gastón Inda, Director del Programa de Ancianidad de la Unidad de Promoción Social del BPS. Esta labor, que ha tenido una continuidad con respecto a la tarea desarrollada en la anterior Legislatura, ha dado muestras de la preocupación que existe al consultar a personas que tienen experiencia. Esta conclusión se extrae evaluando el número de informes y asesoramientos que la Comisión ha recibido” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 212).

Otra línea de análisis está dada por el **perfil de los expertos** que oficiaron como asesores. La experticia en el tema de quienes fueron consultados se sustentaba en diferentes factores que iban desde: la formación y los títulos académicos, la especialización en el tema, la

trayectoria de capacitación y entrenamiento, así como el lugar que ocupaban en diversas instituciones vinculadas con la temática. "En otras palabras, 'donde están parados' se asocia con factores de 'donde se sientan'" (Haas, 1992, p. 6).

El dato de los nombres y los cargos que ocupaban quienes aportaron opiniones para la elaboración de la ley, podría sugerir que se estaba frente a una comunidad epistémica. Este concepto refiere a ciertos colectivos que presentan en forma combinada "un conjunto compartido de creencias causales y principios (analíticos y normativos), una base de conocimientos consensuado, y una empresa política (intereses comunes) que distingue a comunidades epistémicas de varios otros grupos" (Haas, 1992, p. 12). Si bien los datos con los que se cuenta no brindan la información suficiente al respecto, podría plantearse como una hipótesis probable. La presunción se basa en la formación profesional que poseen sus integrantes, el prestigio y reputación dado por tener sobre un tema específico la "experiencia reconocida en ese dominio" y el contenido de la reglamentación aprobada.

Más allá de la diversidad de instituciones representadas por los actores participantes como asesores, la formación de los mismos indica que el reconocimiento del saber sobre la vejez estuvo depositado básicamente en la disciplina médica (en particular los tres expertos contratados). En la misma línea de reconocimiento al saber de la medicina sobre la materia legislada, el Senador Jorge Batlle incluía en su oratoria una mención al Senador Alberto Cid por su calidad de médico:

(...) hemos estado escuchando con atención la exposición que está realizando el señor Senador Cid. Sin ninguna duda, se trata de un informe muy claro sobre un problema importante y serio (...) tal como lo ha explicitado en forma muy precisa, con gran conocimiento de causa debido a su actividad, a su profesión, a su claridad de conceptos y a su ilustración en la materia, el señor Senador Cid (Batlle, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 214).

Una vez establecida la demanda, otro aspecto que importa considerar es **la información aportada por los expertos**, en la que parece haber existido una correlación entre los tiempos de la producción científica y la toma de decisiones. A partir de lo expresado por los políticos, se entiende que la información fue pertinente, focalizada al tema tratado y

presentada a tiempo. Esto significa que estuvo disponible en el proceso parlamentario como insumo en la toma de decisiones de los legisladores.

Por otra parte, la difusión de la información obtenida no se dirigió hacia la opinión pública sino hacia los legisladores demandantes, tomadores de decisión, correspondiéndose esta práctica a una tradición estadista (Botto, 2011, p. 91) y al hecho de que la demanda y la financiación partió del propio parlamento. La ausencia de difusión de información no facilitó el debate público en el proceso de elaboración de la ley y de hecho los únicos que presentaron dudas y propuestas fueron los representantes de la sociedad civil organizada a cargo de los Hogares (Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 228).

Otro aspecto referido a la información aportada es la **ausencia en el debate de datos vinculados a experiencias transitadas fuera del país** (a diferencia de las fundamentaciones parlamentarias estudiadas de principios del siglo XX). Si bien Uruguay fue pionero en la región en materia de envejecimiento poblacional, para ese entonces Europa, dada sus características demográficas, había avanzado considerablemente en esta temática.

La transferencia de conocimientos a partir de experiencias llevadas adelante en otros países, es un mecanismo importante de implementación de cambios en las políticas públicas, por lo que “tienden a ofrecer asesoramiento basado en lo que consideran ‘mejores prácticas’ en otros lugares” (Dolowitz y Marsh, 2000, p. 4).

Por tanto, esta aparente ausencia²²⁴ del uso de “transferencia de políticas” en la construcción de la nueva ley tiene consecuencias y resulta llamativa dada las facilidades tecnológicas de comunicación en este período. Dentro de los efectos más evidentes se encuentran: la obturación del aprendizaje a partir de otras experiencias (tanto en sus logros, como en sus fracasos) y la pérdida de la “diversidad en la explicación”. Lo anterior deriva en la imposibilidad de realizar un “análisis comparativo que pueda sustentar legítimamente una recomendación de replicación de experiencias entre sociedades”

²²⁴ No se accedió a las actas de las comisiones asesoras donde podría haberse manejado experiencias de otros países. Lo constatado es que no se hace mención a las mismas en el debate parlamentario, ni en la fundamentación del proyecto.

(Acuña, 2009, p. 73), comprometiendo además la posibilidad de construir “teorías de rango medio” que aporten a la comprensión de la complejidad de la práctica.

La ausencia de estas referencias toma mayor relevancia por el hecho de que en la década de los años 90 “los avances tecnológicos” posibilitaron un medio “más fácil y rápido” para la comunicación entre “los responsables políticos”, por lo cual para entonces habían “aumentado las ocurrencias de la transferencia de la política” entre los distintos países (Dolowitz y Marsh, 2000, p. 1).

Con independencia de las causas, la falta de consideración de las diversas experiencias foráneas, colaboró con la prevalencia del saber experto de nuestro país, propiciando un discurso homogéneo y por tanto la ausencia de debates.

La combinación de los componentes planteados aporta a comprender los altos niveles de consenso alcanzados en este período legislativo (1995 - 2000). La totalidad de los integrantes que trabajaron en la Comisión de Salud Pública firmaron su apoyo a la propuesta (Cid, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, 1995, p. 208).

Con respecto a las Cámaras, más allá del partido político o fracción a la que pertenecieran los legisladores, no se registró una polarización, ni una radicalización de ideas frente a este tema, aceptando en forma unánime la perspectiva de los expertos que actuaron como asesores. En el Senado, el proyecto de ley obtuvo una aprobación genérica por unanimidad (Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, 1995, p. 230). Existieron escasas tensiones que se verían reflejadas en los resultados de la votación por artículos²²⁵, en particular en los artículos 1 y 7.

En la misma línea, el gobierno y sus autoridades expresaron su conformidad con la propuesta. En la presentación del proyecto en Cámara de Senadores el 11 de octubre de 1995, se planteaba el acuerdo alcanzado de inscribirlo en el Plan de Ancianidad que estaba

²²⁵ De los 16 artículos que formaban el proyecto de Ley, se aprobaron nueve por unanimidad (artículos: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12 y 15), cinco con un solo voto en contra (artículos: 9, 11, 13, 14 y 16), uno con dos votos en contra (Artículo 10), resultando el más conflictivo el Artículo 1 que terminó aprobándose con diecisiete votos a favor y veintiuno en contra. (Diario de Sesiones de la Cámara de representantes, XLIV Legislatura, 4° Período Ordinario, 76 sesión, Número 2790, 15 de diciembre de 1998, pp. 123 - 124).

elaborando el Ministerio de Salud Pública. Se informaba a su vez que las autoridades del gobierno consultadas²²⁶ “dieron su aceptación a la iniciativa que hoy está considerando este Cuerpo” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 208).

El lugar dado a los “expertos” como asesores no se restringía al ámbito parlamentario. Una vez aprobada la normativa, se preveía que la geriatría mantuviera este rol, en la denominada **Comisión Honoraria de Asesoramiento**. La ley determinaba la creación de la misma (Artículo 14 de la Ley 17.066), su integración y su funcionamiento. Actuaría en la órbita del Ministerio de Salud Pública, integrada por cinco miembros: un representante del Ministerio de Salud Pública (la presidiría); un delegado de la Facultad de Medicina (tendría la calidad de médico con posgrado en geriatría y gerontología); un representante del Banco de Previsión Social; un delegado designado por los hogares privados sin fines de lucro²²⁷ y un representante de las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas²²⁸. Todos los integrantes de la Comisión deberían contar con antecedentes en el campo de la gerontología o geriatría y durarían como máximo cinco años en sus funciones. Decía Alberto Cid al respecto en su intervención:

A nuestro modo de ver, en el Capítulo V se introduce una figura que ha sido muy significativa en los temas de salud, como es la creación de una Comisión Honoraria Asesora, que incluye una alta representatividad, desde Médicos especializados en el área, integrantes del Ministerio de Salud Pública, de la Facultad de Medicina, un Médico con posgrado en Geriatría y Gerontología, representantes del BPS, un delegado designado por los hogares privados sin fines de lucro a que se refiere este Proyecto de Ley y un representante de las asociaciones de jubilados y pensionistas que integran los registros nacionales respectivos del Programa de Ancianidad del Banco de Previsión Social (Senador Cid. Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. Tomo 370, p. 214).

²²⁶ Autoridades del Ministerio de Salud Pública y el Director del Programa de Ancianidad del Banco de Previsión Social (Doctor Inda).

²²⁷ Los “hogares”, privados sin fines de lucro son parte de la clasificación de establecimientos aprobada por esta ley denominados (Artículo 3, Ley 17.066).

²²⁸ La normativa prevé considerar a aquellos que integran los Registros Nacionales respectivos del Programa de Ancianidad del Banco de Previsión Social.

Los cometidos de la Comisión Honoraria eran asesorar al Ministerio de Salud Pública y a los establecimientos privados sobre condiciones para su habilitación y funcionamiento. También deberían proponer a dicho ministerio la gestión ante los organismos competentes procurando que se otorgasen líneas de crédito aptas para la compra o habilitación de locales idóneos.

Un último aspecto a señalar con relación a la redacción de la norma, son las ausencias y las sobrerrepresentaciones de algunos sectores, lo que conlleva a la debilidad de un control social sobre el ámbito público.

En este sentido, en el debate de la ley, si bien fueron consultados (por la comisión parlamentaria que trabajó en la elaboración del proyecto) portavoces de organizaciones civiles y gremiales, podría cuestionarse la representatividad de los mismos, dada su designación por parte del Estado. Si los mecanismos utilizados para establecer un espacio de participación no generan representatividad, la función de contraloría pública pierde legitimidad. Dice Cunill al respecto:

El círculo vicioso entre heteronomía y falta de representatividad social opera con toda claridad cuando los sujetos con potestad para ejercer la contraloría social sobre los programas, los servicios o las políticas sociales son definidos desde el Estado, con la expresa intención de que sean funcionales a sus intereses (Cunill, 2009, p. 30).

Si luego se analiza la proporción de actores consultados de cada grupo se hacen evidentes dos situaciones: la primera es que el número de representantes del propio Estado fue significativamente mayor que la cantidad de integrantes de la sociedad civil; la segunda es que, como se planteaba en el apartado anterior, la profesión médica tuvo un alto peso relativo entre los actores consultados por el Estado (más allá del rol que cada uno ocupe en la burocracia estatal).

Aún con las debilidades antes mencionadas, se puede plantear que existió cierta intencionalidad estatal de abrir un ámbito de participación de la ciudadanía en el momento del diseño (ex - ante) de la política social, aunque dicha intervención no se tradujera necesariamente en un rol de control.

Con respecto a quienes participaron desde la sociedad civil, los autores identifican distintos actores que pueden potencialmente llevar adelante este control:

Como lo destaca Irarrázaval (2005, 16), al menos cuatro tipos de actores suelen ejercitar la contraloría social, sobre todo en lo que toca a los programas sociales: beneficiarios individuales –ya sean personas, familias u hogares–, agrupaciones de beneficiarios, juntas de vecinos o agrupaciones territoriales no necesariamente originadas en el programa y representantes elegidos para efectos del programa. De ellos los que han tenido mayor gravitación en la práctica son las agrupaciones de beneficiarios y los representantes elegidos, mostrando una tendencia a que los programas generen sus propias estructuras de representación, en desmedro de otras alternativas preexistentes, como las asociaciones vecinales (Cunill, 2009, p. 31).

El aporte de esta autora lleva a reflexionar acerca de que los actores convocados en nombre de la sociedad civil para la formulación de esta ley, no forman parte de ninguno de los grupos antes mencionados. Está ausente la voz de la población institucionalizada, de sus redes primarias, de los funcionarios de los establecimientos y/o de otras profesiones vinculadas con la temática.

En igual sentido, con respecto a la participación de la ciudadanía en la implementación de la normativa, si bien la Ley 17.066 la prevé, la misma aparece delimitada con una fuerte representación médica y sólo dos representantes de la sociedad civil (Asociación de Jubilados y Pensionistas y Hogares privados sin fines de lucro).

Los expertos en la implementación de la ley

Esta prevalencia del saber médico en la institucionalización de la vejez, no estuvo sólo presente en el asesoramiento para la elaboración del proyecto de ley y en la Comisión Honoraria, sino que también obtuvo un lugar central en la práctica de la institucionalización que se buscaba regular. Los profesionales con formación en geriatría

desarrollaron una serie de competencias atribuidas por la norma a esta especialidad dentro de los establecimientos.

Ya en la fundamentación del proyecto de ley se establecía “Se le asigna un papel singular a la necesidad de contar con un especialista médico, facilitando la asistencia científicamente adecuada de este grupo de población” (Fernández Faingold, Cid, Storace, Korzeniak, Andújar, Exposición de Motivos, Distribuido 386, Carpeta 271, 1995, p.6).

En el inciso primero del Artículo 10 (Del Referente Médico - Decreto 320/999) la normativa dice: “Los establecimientos, a excepción del Servicio de Inserción Familiar, deberán contar con un referente Médico Geriatra – Gerontólogo responsable de la salud de las personas alojadas”. Esta disposición abarcaba entonces todos los establecimientos de residencia permanente, con o sin fines de lucro y de tiempo parcial.

La exigencia dispuesta de poseer el título de médico – geriatra para desempeñar el cargo de Director Técnico de los establecimientos presentaba problemas de viabilidad para su implementación, dado el número de médicos con esta especialidad en el país. Ya en el debate se planteaba la preocupación sobre este tema. A modo de información se expresaba que el título de geriatra - gerontólogo se había empezado a otorgar en 1977. El Senador Alberto Cid decía que en 1995 “apenas tenemos 177 Médicos” con esta especialidad, lo cual era percibido como “una realidad muy triste”. Planteaba en su intervención que “la inclusión de este aspecto ha sido un obstáculo, pero la Comisión entendió lo contrario, es decir, que debía de ser un estímulo para que en el futuro los Médicos encuentren un ámbito para desarrollarse en esa especialidad”²²⁹ (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 214).

Atendiendo a lo anterior, el Decreto 320/999 reglamentario, aprobó al año siguiente la siguiente modificación:

²²⁹ Cabe recordar que en las décadas siguientes demostrarían que los médicos no siguieron esta especialidad como lo esperaban los legisladores. Según los datos del padrón médico del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y de la Federación Médica del Interior (FEMI), en el año 2010 había un total de 81 médicos con esta especialidad en todo el país (SMU, 2010) y sólo 17 médicos geriatras el año 2008 en todo el interior (Hernández y Mieres, 2008).

En caso de no contar con un médico geriatra-gerontólogo, la función de Director Técnico podrá ser desempeñada por un médico general, cuyos cometidos y responsabilidades serán los mismos (...) En este caso el Director Técnico deberá tener aprobado el curso de entrenamiento básico para directores de establecimientos, realizado por el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM) en conjunto con el departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina (Artículo 10 [B] - Decreto 320/999)²³⁰

Lo dispuesto toma otra connotación cuando se consideran las potestades, obligaciones y responsabilidades de la figura del referente médico - Director Técnico - geriatra-gerontólogo en el funcionamiento de los establecimientos (Artículo 10 - Decreto 320/999). Era el responsable tanto de la salud de los Adultos Mayores, abarcando para ello las distintas dimensiones sociosanitarias de “vigilancia, prevención y promoción de la salud” como de la capacitación del personal. En el próximo apartado se presentan estas funciones, mencionadas en distintos ítems de la normativa, cuyo detalle da cuenta del nivel de incidencia que la medicina adquiere en la vida cotidiana y en la construcción de la identidad de las personas institucionalizadas.

La suma de disposiciones aprobadas, los argumentos esgrimidos, el consenso alcanzado dentro del espectro político y el lugar ocupado por la geriatría, supone que la práctica de ingresar a la vejez en establecimientos toma en nuestro país el carácter de institución, “no como un sinónimo de espacio organizacional” sino como “esfera de acción social que representa un conjunto de normas, valores y roles” (Mitjavila, 1992, p. 40).

²³⁰ Al momento de aprobarse el decreto, quienes se desempeñasen como directores técnicos podrían continuar haciéndolo siempre que aprobasen el curso, pero no podrían “constituirse en directores técnicos de otras instituciones salvo de aquellas en las que trabajaban previamente”. Surge en este punto una pregunta: ¿Por qué alguien que fuese director técnico de un establecimiento y aprobase el curso podría continuar ejerciendo su rol en ese establecimiento pero no en otro con iguales características? No aparece una explicación de esta normativa en el texto del decreto, ni en la exposición de motivos, ni en las fundamentación de la ley que reglamentaba.

La consolidación de una nueva identidad de la vejez

Una mirada integrada sobre los distintos componentes reglamentados, evidencia la construcción de una nueva identidad social de la vejez consolidada a partir de la aprobación de esta normativa. Por la importancia que revisten sobre el tema, interesa analizar la articulación de cuatro disposiciones aprobadas por la ley: la nueva clasificación de los establecimientos, la delimitación de la población objetivo, la descripción de los derechos de los residentes y la figura de la geriatría como responsable del cumplimiento de los mismos, desempeñando un rol de arbitraje y control de todos los aspectos de la vida cotidiana en el contexto institucional.

La Ley “Hogares de Ancianos” volvió a modificar las categorías de los establecimientos, aunque manteniendo como criterio para su diferenciación los servicios prestados (al igual que el decreto precedente del año 1984). Este dato incumbe no sólo porque la variación en la clasificación reporta una nueva representación de la práctica de encierro y de la población a la que se dirige, sino también porque aporta a la construcción de una identidad de la vejez que trasciende los muros institucionales, afectando a todo el colectivo social.

De acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo II de la ley, se establecieron cuatro categorías de establecimientos. Las dos primeras refieren a la institucionalización de la vejez (según la conceptualización dada al término para este trabajo), que incorpora para su diferenciación la variable “fines de lucro”. En éstas se incluyeron instituciones que ofrezcan “vivienda permanente, alimentación y servicios” con el propósito de “promover la salud integral” o dar “atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación”. Dependiendo de si tenían o no fines de lucro (categorías 1 y 2 de la clasificación), se denominarían "residencias" u "hogares" respectivamente (artículos 3 y 4 - Decreto 320/999).

Un tercer tipo está compuesto por los denominados "centros diurnos y refugios nocturnos". Se caracterizan por tener “horario parcial (diurno o nocturno)” y servicios de

“corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial”, pudiendo o no tener fines de lucro (Artículo 5 - Decreto 320/999).

La cuarta categoría está dada por los "servicios de inserción familiar" entendidos como grupos familiares que brindan albergue en sus viviendas. Las condiciones en esta modalidad son que los beneficiarios sean autoválidos y no superen las tres personas (Artículo 6 - Decreto 320/999). A estas familias, igual que a principio del siglo XX, se les exigía ciertas condiciones; en el texto de la ley dice que deben tener “sólidas condiciones morales y estabilidad” (Artículo 6 - Decreto 320/999). En referencia al tema el Senador Alberto Cid proponía que: “familias con referencias éticas probadas puedan hacerse cargo de dos o tres ancianos, siguiendo el estilo de INAME” (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Tomo 370, p. 213).

De acuerdo a lo expuesto, lo único que diferencia a los establecimientos para su clasificación es la prestación de servicios, con o sin fines de lucro, sin considerar la situación y/o característica de los sujetos residentes (a excepción del "servicio de inserción familiar"). De este modo, la nueva normativa no sólo mantuvo la institucionalización de la persona adulta autoválida sino que, bajo el paraguas homogeneizador de la edad, las indiferenció de aquellas personas que requiriesen apoyo para las actividades de su vida diaria (decreto de 1984). Cabe mencionar que el criterio aprobado en la ley, definido meramente en base a los servicios ofertados, no fue el resultado de una puja de opiniones, sino que significativamente todos los discursos parlamentarios se refirieron en forma exclusiva a la práctica institucional y no a posibles diferencias en los requerimientos de la población objetivo.

La importancia de esta clasificación deriva de la legitimación de un nuevo orden: la persona que cumpliera “65 años y más” se convirtió en un “otro homogéneo” pasible de ser institucionalizado sin otra condición que su edad.

Podría inferirse que una disposición con este contenido sólo es viable en la medida en que consolida con su venia las transformaciones sociales acumuladas hasta entonces. Bajo esta perspectiva, **en la normativa aprobada subyace una identidad social de la vejez**, emergente en las últimas décadas, en vínculo a los otros, a las instituciones y a las

condiciones materiales del contexto socio histórico. Por tanto, la Ley “Hogares de Ancianos”, en su dimensión institucional, si bien requirió fundamentos que le dieran legitimidad (conocimiento científico), también la otorgó en tanto productora de sentido.

La legalización de la internación de las personas a partir de cierta edad, impactó en la identidad y en la vida cotidiana de los integrantes de este grupo etario (más allá de la efectivización de su ingreso a una institución como lugar de residencia), pero también involucró a todo el colectivo social en su calidad de población que puede alcanzar la condición establecida por la norma (vivir un cierto número de años).

Para dimensionar esta transformación es necesario retomar los principios constitutivos de las prácticas de la institucionalización. Su significado estuvo sustentado históricamente en una población objetivo que, más allá de su diversidad, fue identificada por una desviación de la norma, ya sea en el campo moral, jurídico o de salud (“reo”, “crónico”, “vago”, “desocupado”, “discapacitado”, “sin familia”). Esta desviación, connotada siempre en forma negativa, pretendía resolverse o mitigarse a través del ingreso a establecimientos, a cargo de la Iglesia y/o el Estado, para la corrección de la conducta o el amparo, pero siempre a partir del control de los cuerpos, tanto de los desviados, como del resto de la población en términos de advertencia, de ejemplo de las consecuencias frente a las “virtualidades del comportamiento” (Foucault, 2000 b, p. 102).

Sin embargo, el texto de la nueva normativa parece desvinculado de las prácticas precursoras. A diferencia de las denominaciones precedentes, que asignaban a los sujetos una carga conceptual asociada a la situación entendida como problema, la nueva nomenclatura utilizada (Adultos Mayores) aparece vaciada de valoraciones. Su definición neutra basada en un indicador cuantificable (edad), le otorga una objetivación propia de las ciencias naturales. De igual modo, la denominación dada a los establecimientos (“Residencias”, “Hogares”) encubre la condición asilar de las nuevas instituciones, ocultando su componente problemático. Estos cambios no son inocuos, eludir el carácter político cultural que supone la práctica de la institucionalización de la vejez, compromete la posibilidad de cuestionarla y revertirla, cristalizando a todos los sujetos que se encuentran abarcados en sus disposiciones (o que podrían estarlo).

Más allá de las denominaciones eufemísticas y de la pretensión de objetividad de la delimitación de la población objetivo, la institucionalización de la vejez, heredó la connotación negativa construida en torno a los establecimientos de reclusión / amparo y a los sectores de población asilados, tanto del pasado como contemporáneos a la ley. Se mantiene así una atribución de sentido que homogeniza lo dispuesto con el universo simbólico conocido, asimilando a la vejez a una “identidad social” estigmatizada.

El término “estigma” proviene del griego, lo usaban para referirse a “signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba” (Goffman, 2006, p. 6) adquiriendo en el cristianismo una nueva significación dada por la medicina de “signos corporales de perturbación física” (Goffman, 2006, p. 11).

La “condición estigmática” en este caso la constituye la edad y los “símbolos del estigma” (dados por las señales del envejecimiento) se encuentran “expuestos continuamente a la percepción” (Goffman, 2006, p. 122). Este enfoque propone que a partir del “defecto” (la vejez) se atribuyen una serie de cualidades reduccionistas que preceden al conocimiento de la persona. “La imagen pública de un individuo parecería estar constituida por una reducida selección de acontecimientos verdaderos que se inflan hasta adquirir una apariencia dramática y llamativa, y que se utilizan entonces como descripción completa de su persona” (Goffman, 2006, p. 89).

La construcción de esta identidad estigmatizante tiene como resultado no sólo naturalizar la internación de la vejez, sino que afecta la vida cotidiana fuera de los espacios institucionales. Episodios que para otros grupos etarios no adquieren mayor trascendencia (caída, olvido, pérdida), resultan sobredimensionados en detrimento de las capacidades, el vínculo con el entorno y la autonomía del sujeto.

Aporta a la construcción de esta identidad no sólo el potencial ingreso a un establecimiento para el cuidado - control, sino las características de la institución designada a tales fines. En otras palabras, el estigma resultante de ser institucionalizado dependerá además del tipo de establecimiento receptor (cárceles, psiquiátricos, orfanatos) y en consecuencia, de la connotación simbólica que se le atribuya al mismo.

Para analizar la construcción identitaria a la que se está haciendo referencia, se debe de considerar que los establecimientos dispuestos por la ley quedan a cargo de médicos, preferentemente especializados en esta franja etaria. Cabe entonces preguntarse ¿Cuál sería la atribución de sentido subyacente para que un médico geriatra debiera de estar a cargo (DT) de una institución dirigida a la vejez? Si la respuesta a esta pregunta parece obvia podría también preguntarse para hacer notar el supuesto implícito en la normativa ¿Por qué no se exige la dirección de médicos pediatras para los hogares de amparo (protección) a la infancia?

Atendiendo a la racionalidad expuesta por los asesores, resulta sensato suponer que el fundamento para exigir la dirección médica se fundamenta en la mayor posibilidad de que, con el avance de la edad, prevalezcan ciertas patologías que comprometan la seguridad de la persona y de su entorno. La respuesta implementada frente a esta probabilidad se corresponde con que “las racionalidades que participan en los procesos contemporáneos de la medicalización de lo social se apoyan en el riesgo como dispositivo biopolítico” (Mitjavila, 2016, p. 152).

Algunas disposiciones de la ley e intervenciones en el debate refuerzan esta posible línea explicativa. El Artículo 7 del decreto reglamentario (320/999) expresa con relación a la población objetivo que, las personas menores de 65 años únicamente se aceptarían por la vía de la excepcionalidad, específicamente cuando “sus especiales patologías (Alzheimer, demencia multinfarto, etc.) así lo justifiquen”. En estos casos las instituciones debían “solicitar una habilitación especial a tales efectos”, excluyéndose expresamente “de lo dispuesto en los incisos anteriores a los sicóticos jóvenes, drogodependientes y alcohólicos” (Artículo 7 [B] - Decreto 320/999).

Nuevamente cabría preguntarse ¿Cuál es la fundamentación para que una población de 65 años y más pueda convivir con “especiales patologías” (que incluyen un “etc.”) y no con otras, de un grupo etario más joven, en una institución dirigida al cuidado de la vejez? La explicación no está dada en la letra de la norma, ni en las exposiciones de los parlamentarios, aun así, podría inferirse desde la racionalidad imperante que resultaría

admisible agrupar ciertas patologías con la vejez dada la probabilidad de que ésta también las padezca.

Aporta en la misma línea una intervención del Senador Alberto Cid quien, argumentando sobre la necesidad de aumentar el peso médico en estas instituciones, presentaba datos de una investigación realizada en Canadá la cual vinculaba a la vejez con las enfermedades psiquiátricas. Expresaba en su discurso:

Tan es así que recientemente, en un estudio realizado en Quebec – donde se analiza el tema de la ancianidad – se estableció que una de las patologías- estamos de acuerdo en que la ancianidad no debe ser identificada con enfermedad, si bien ésta también existe - que converge en forma más notoria en este grupo de edades son los cuadros depresivos, y el suicidio es una de la maneras en que la enfermedad psiquiátrica se presenta en este tipo de pacientes (Cid, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 214).

Esta construcción de la vejez y de su institucionalización puede ser leída desde otro ángulo. El mismo es aportado por la articulación de dos componentes contenidos en la normativa aprobada: los derechos de los residentes y los roles asignados al Director Técnico.

Lo dispuesto sobre los **derechos de los residentes**, resulta un aporte valioso bajo el entendido de que probablemente, en el detalle de su contenido, buscaba regular prácticas institucionales constatadas. Su enunciación abarcaba un amplio espectro de la vida cotidiana: la comunicación con el espacio extra institucional, el trato y los vínculos dentro de la institución, la participación en la vida del establecimiento, los servicios, el respeto a su voluntad, los tratamientos médicos, la contención física y el uso de psicofármacos.

Por su parte, las atribuciones asignadas al Director Técnico permiten dimensionar su lugar en el ámbito institucional y las connotaciones que el saber - poder otorgado adquiere en la vida cotidiana de la población objetivo.

El Artículo 9 del Decreto 320/999 desarrolla en forma pormenorizada los derechos de los Adultos Mayores institucionalizados que debían de ser garantizados por la figura del

Director Técnico. Se disponía que fuesen elaborados, publicados y difundidos a los beneficiarios, al igual que el Reglamento Interno “para organizar la convivencia y vida institucional, procurando tomar en cuenta siempre las preferencias de los usuarios” (Artículo 9 [D] -8 - Decreto 320/999).

El contenido de las disposiciones y el arbitraje de su cumplimiento atribuido al Director Técnico, son indicios de la proximidad entre la práctica de estos establecimientos y las Instituciones Totales definidas por Goffman donde, “todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única” (1994, p. 19). Desde esta perspectiva teórica es posible problematizar la institucionalización de la vejez, considerando los aspectos de la vida cotidiana que se pretenden regular a través de la prohibición, la regulación o la promoción de ciertas prácticas instituidas.

La **limitación del vínculo con el mundo exterior** es una de las características de las Instituciones Totales que, junto con otras, afectan la autopercepción que el “interno” tiene sobre sí mismo al momento de ingresar a vivir en el establecimiento. “La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (Goffman, 1994, p. 27).

Estas limitaciones pueden adquirir distintas expresiones físicas y/o simbólicas (puertas, horarios de visita, uso del teléfono, manejo del dinero, etc.). En cualquier caso, dichas barreras colaboran con un “corte que aísla los roles del pasado” y con la pérdida del “grupo de referencia” (amistades, familiares, vecinos) (Goffman, 2006, p. 98). Lo anterior lleva a una “desconexión en su biografía” (Goffman, 2006, p. 120) que vulnera la construcción simbólica que cada individuo tiene sobre sí mismo y en consecuencia, distorsiona su identidad social.

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan. (...) comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. La mortificación del yo es sistemática aunque a menudo no intencionada. Se inician ciertas desviaciones radicales en su carrera moral, carrera compuesta por los cambios progresivos que ocurren

en las creencias que tiene sobre sí mismo y sobre los otros significativos (Goffman, 1994, pp. 26 - 27).

En pro de asegurar al residente la **libertad del vínculo con el entorno social** más amplio, en el Artículo 9 del decreto se detallaba la independencia en el manejo de los asuntos financieros propios, el “libre acceso de visitas, sin limitaciones”, el libre uso del teléfono ubicado en un lugar “accesible para asegurar el contacto de los residentes con sus familiares o amistades” y el libre ingreso y salida del establecimiento por parte del residente. En contraposición, se reglamentaba que las “puertas de acceso al exterior deberán estar provistas de medios de seguridad que eviten la fuga de internados que padezcan enfermedades mentales” (Artículo 9 [F] - 9 - Decreto 320/999), lo cual necesariamente impide el libre tránsito de los demás residentes.

A las libertades dispuestas se oponían además salvedades de horarios frente a “indicaciones médicas debidamente fundamentadas” y los casos en que “las visitas creen perturbación²³¹”. Al respecto el decreto aclaraba: “Toda otra limitación a este derecho deberá ser dispuesta expresamente, en forma fundada, por el Director Técnico de la institución debiendo siempre notificarse a la Dirección Control de Calidad del Ministerio de Salud Pública” (Artículo 9 [D] - 9 - Decreto 320/999).

Coadyuvan en la vulneración de la identidad social del sujeto otra serie de factores que se articulan con el aislamiento del mundo exterior. A medida que transcurre la institucionalización, se comienza a **adquirir una nueva identidad**, en general estigmatizada, producto de la interacción sostenida, y muchas veces exclusiva, con las personas que comparten la existencia total (o parcial en el caso de los cuidadores) dentro del mismo establecimiento.

(...) en los múltiples casos en que la estigmatización del individuo se asocia con su ingreso a una institución de vigilancia, ya sea una cárcel un sanatorio o un asilo para huérfanos, gran parte de lo que aprende acerca de su estigma le será transmitido a lo largo

²³¹ “(...) en estas circunstancias deberá notificarse la limitación al organismo de contralor” (Artículo 9 - Decreto 320/999).

de estrechos y prolongados contactos con aquellos que se encuentran en el proceso de transformarse en sus compañeros de infortunio (Goffman, 2006, p. 51).

La información a la que acceden los cuidadores sobre la persona residente, también contribuye a la construcción de la nueva identidad estigmatizada, vulnerando los límites personales a partir de la difusión de datos que en la vida comunitaria no estarían expuestos.

Afuera, el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo –por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias – a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales: se traspasa el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo. Se viola, en primer término, la intimidad que guarda sobre sí mismo. Durante el proceso de admisión, los datos concernientes a sus status sociales y a su conducta en el pasado – especialmente en lo que se refiere a los hechos que lo desacreditan – se recogen y registran en un legajo, que queda a disposición del personal (Goffman, 2006, p. 35).

El decreto realiza diferentes menciones con relación al manejo de información y la intimidad del residente. Se pone énfasis sobre la privacidad con relación a la comunicación con “familiares, amigos o grupos de residentes”, así como en la higiene personal y en los tratamientos médicos. Con igual perspectiva se promueve respetar la voluntad y necesidad del residente en lo concerniente a recibir tratamientos, la posibilidad de acceder a sus propias historias clínicas y de garantizar que fueran asistidos por médicos de su elección (Artículo 9 [D] - Decreto 320/999).

También Goffman (2006, p. 36) refiere a esta característica de las Instituciones Totales. “Los exámenes médicos y las inspecciones con fines de seguridad exhiben a menudo físicamente al interno, a veces ante personas de ambos sexos; una exhibición similar resulta de la disposición de los dormitorios colectivos y los retretes sin puertas”. Por otro lado, las propias características del espacio institucional llevan a la “exhibición contaminatoria”. El compartir con otras personas todas las actividades de la vida cotidiana, producto de la imposibilidad de estar completamente solo, significa que siempre alguien “puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado”.

El vínculo impuesto que debe mantener con otras personas²³², ya sean residentes, cuidadores y en ciertas oportunidades visitantes, es otro aspecto relacionado con esta exposición del sujeto.

He indicado que el interno soporta la mortificación del yo que deriva de una exhibición contaminadora de tipo físico, pero hay que aclarar algo más: cuando el agente de contaminación es otro ser humano, se produce una contaminación suplementaria, por el contacto interpersonal forzado y, en consecuencia, por una relación social forzada (Goffman, 2006, p. 39).

En la misma línea de las disposiciones planteadas hasta el momento, se especifican otros dos derechos cuya afectación también representa una “mutilación del yo”. El primero concierne a las “prácticas culturales y religiosas”; el segundo a la posibilidad de conservar las pertenencias personales. En ambos casos se busca la protección de la identidad ya que “las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen” y al igual que el nombre por el que es llamado, “tienen especial relación con su yo” (Goffman, 2006, pp. 31 - 32).

Por último cabe señalar que el “despojo del rol” y las “mutilaciones del yo” impactan no sólo en la vida del sujeto dentro de los límites del establecimiento, sino que comprometen su posibilidad de reinserción social, debido a que la adaptación institucional supone la pérdida de las destrezas necesarias para el desempeño en el mundo externo.

(...) si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado ‘desculturización’; o sea, un “desentrenamiento” que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento en que lo haga (Goffman, 1994, p. 26).

Como se planteaba antes, resultan significativos los aspectos que la norma busca garantizar, disponiendo el ejercicio de ciertas libertades cuya vulneración afectaría derechos de primera generación de los ciudadanos residentes. Con respecto al trato

²³² El autor hace referencia a “La contaminación resultante de estar acostado junto a un moribundo”, situación que adquiere particular connotación en los Residenciales (Goffman, 2006, p. 39).

recibido dentro de la institución, la normativa específica que el mismo debe ser digno y respetuoso, estar “libre de abuso o maltrato verbal, físico, mental o negligencias y medidas de reclusión involuntarias” (Artículo 9 [D] – 3 - Decreto 320/999).

La **contención física y el uso de psicofármacos** era otro tema sensible referido a los derechos y libertades de la persona. La disposición planteaba el no uso de medidas de contención física, con las excepciones del riesgo para la propia persona o para otros residentes, o “Que el estado del residente interfiera con medidas de atención necesarias e ineludibles” (Artículo 9 [D] - 14 - Decreto 320/999). Estas medidas de contención, al igual que la administración de psicofármacos, sólo podrían ser implementadas por el personal de enfermería con indicación médica. Deberían en todos los casos ser acompañadas de un diagnóstico del médico Director Técnico estableciendo la dosis en el caso de los psicofármacos y las “posibles causas de su situación, consignando los motivos y duración de la medida” (Artículo 9 [D] - 14 - Decreto 320/999). La indicación sería revisada diariamente y registrada en la historia clínica. Estas situaciones se enmarcan en prácticas de “contaminación forzosa” del “interno” dada a través de la imposición de “tomar medicamentos por vía oral o endovenosa, quiera o no quiera” así como situaciones que involucran la “alimentación forzada” (Goffman, 2006, p. 39).

La **participación dentro de la institución** también fue considerada por la normativa un derecho de los residentes. Para ello se preveía la formación de un Comité de Residentes o Usuarios “integrado por individuos autoválidos”²³³, que tendría como cometido “organizar reuniones periódicas entre los residentes para discutir acerca de la vida Institucional, la convivencia, sugerencias y quejas a la Dirección Técnica y responsable legal del establecimiento, los que tomarían en cuenta sus planteos en la medida de lo posible” (Artículo 9 [D] - 10 - Decreto 320/999).

En pro de este cometido, el representante legal y el médico Director Técnico serían responsables de que estuviera “visible en una cartelera central ubicada en el comedor” accesible a residentes y familiares dos informaciones: los datos para comunicarse con los organismos responsables del contralor, y los informes y pautas de corrección resultantes

²³³ No se explica el motivo por el que no pudiesen participar personas no autoválidas.

de las inspecciones. En igual sentido se establecían “requisitos mínimos” de los servicios que debían brindar los establecimientos, entre los que se detallaban: alimentación²³⁴, vestimenta e higiene²³⁵, atención de salud²³⁶ y servicios sociales, ocupacionales y culturales²³⁷ (Artículo 9 [D] - 10 - Decreto 320/999).

Se establecieron además una serie de reglas en pro de garantizar el **respeto de la voluntad del residente**, fundamentalmente en lo referido al ingreso y a los traslados. Con relación al ingreso se instituyó la firma del consentimiento informado²³⁸ por parte de la persona “o de su curador legal” en situación de incapacidad. En caso de no darse las anteriores situaciones, el médico sería la figura encargada de resolverlo: “Si no existiera curador designado el ingreso podrá realizarse por indicación médica debiéndose notificar obligatoriamente en este último caso al organismo de contralor” (Artículo 9 [C] - 1 - Decreto 320/999).

Por otra parte, los traslados de habitación, de área (dentro de la misma institución) o de establecimiento “por incremento de su nivel de dependencia” requeriría la aceptación del residente o la “indicación médica fundamentada para ello”. Si existiera desacuerdo con estas decisiones, la persona tenía derecho a quejarse “ante el responsable del establecimiento y podrá apelar en última instancia ante el organismo de contralor, debiéndose facilitarle en todos los casos los medios para tales fines. La decisión de dicho organismo de contralor obligará al residente y al establecimiento” (Artículo 9 [D] - 12 - Decreto 320/999).

²³⁴ Cantidad de comidas y colaciones, el tiempo máximo entre cena y desayuno, la atención a dietas especiales, respeto a preferencias alimentarias de cada persona, publicación semanal del menú.

²³⁵ Se señala periodicidad, atención al clima, apoyo en caso de dependencias.

²³⁶ Incluye: evaluación geriátrica (al ingreso, anual, reingreso de altas hospitalarias y periódica dependiendo de la situación del paciente), historia clínica actualizada que incluye informes de accidentes y caídas, Ficha Básica, Registro Mínimo de Datos del Residente, Formulario de Traslados, Libro de Registros actualizado (ingresos, altas y fallecimientos), cobertura asistencial pública o privada y de emergencias, enfermería las 24 horas (servicios internos o externos) cuando se alojen personas enfermas o discapacitadas.

²³⁷ Programa de integración social de los residentes a la institución (con énfasis en adaptación y momentos de crisis), facilitación de vínculos con los familiares y organizaciones comunitarias del territorio, desarrollo de “actividades sociales, recreativas, culturales, físicas” acordes a las preferencias de los residentes.

²³⁸ Este cambio en el vínculo médico-paciente se incorpora en la normativa del Sistema Nacional Integrado de Salud, implementando desde el año 2008.

El rol del médico abarcaba otros aspectos a los ya mencionados: “Todo ingreso requerirá de una evaluación médica y funcional, escrita por un médico, que documente las razones de la institucionalización, el estado de salud previo al ingreso y los exámenes más relevantes recientemente realizados” (Artículo 9 [C] - 2 - Decreto 320/999). Una segunda evaluación “geriátrica integral” sería realizada en las primeras 48 horas del ingreso por el médico director técnico del establecimiento. Ésta incluiría paraclínica básica²³⁹, aspectos físicos²⁴⁰, valoración funcional²⁴¹, mental cognitiva, afectiva y “social, incluyendo la de las preferencias del residente”. La persona sería recibida en la institución por “un responsable de su atención y un delegado del Comité de Residentes, familiarizándole con la vida institucional” (Artículo 9 [C] - 4 - Decreto 320/999).

La ausencia de mención sobre posibles mecanismos de egreso del residente (a no ser por falta de pago o “abandono”) resulta un dato importante en un decreto cuyo texto presenta tal grado de desarrollo y detalle. Dado el propósito de estas instituciones (“atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación”) y considerando la rigurosidad de la valoración médica prevista para la admisión y seguimiento, sería factible pensar que un porcentaje de residentes pudiesen resolver la situación que justificó su ingreso. Por tanto, resulta revelador que esta legislación no la prevea, más allá de lo que suceda en la práctica, por las implicancias complejas que la ausencia de egresos conllevaría, aun en el campo jurídico. “Un aspecto jurídico de este despojo permanente se lo encuentra en el concepto de ‘muerte civil’ (...)” (Goffman, 1994, p. 28), la cual conlleva²⁴² a la pérdida de derechos civiles de las personas sin que ocurra su muerte biológica.

Antes de cerrar este apartado resulta pertinente retomar el aporte de dos autores que complementan lo planteado hasta el momento, en referencia al ingreso de cierto grupo de

²³⁹“Radiografía de tórax, electrocardiograma, glicemia, hemograma, examen de orina, azoemia, creatininemia y PPD” (Artículo 9 [C] - 4 - Decreto 320/999).

²⁴⁰“anamnesis y examen físico, evaluación de la marcha, evaluación de riesgo nutricional, relevamiento de fármacos y de síndromes geriátricos” (Artículo 9 [C] - 4 - Decreto 320/999).

²⁴¹ “desempeño en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria” (Artículo 9 [C] - 4 - Decreto 320/999).

²⁴² Muerte social, en latín, “civiliter mortuus”. Definición: “Quien es considerado como si hubiera muerto naturalmente, a tal punto que afecta sus derechos”. Recuperado de <https://dictionary.thelaw.com/civiliter-mortuus>

personas a la vida institucional, donde la casi totalidad de los aspectos se encuentran bajo la dirección médica.

Una de las contribuciones se enfoca en la modalidad de involucramiento que caracteriza a la práctica médica en el ámbito social y cómo ésta, podría contribuir a la institucionalización de las Personas Adultas Mayores. En la sociedad contemporánea, la medicina coloniza la vida de los sujetos en general, y en particular, la vida de los grupos con “factores de riesgo”. Este “carácter de norma invasora” no es entonces privativo del contexto institucional. La lógica de intervención en nombre de la salud individual y colectiva está presente en la “vida cotidiana de los individuos, en tanto que la mayor parte de sus facetas (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasa a ser juzgada desde ese ángulo” (Mitajavila, 1992, p. 40).

Esta intervención, naturalizada y legitimada que precede a la institucionalización facilita el ingreso de los sujetos. El lugar de la salud y el rol desempeñado por los médicos a lo largo de todo el ciclo vital, opera como puente que cruza las fronteras entre la vida social y la vida institucional.

Foucault por su parte, aporta una perspectiva complementaria a las precedentes. El autor entiende que “en vez de preguntar a unos sujetos ideales qué cedieron de sí mismos o de sus poderes para dejarse someter, es preciso investigar la manera en que las relaciones de sometimiento pueden fabricar sujetos” (Foucault, 2000 a, p. 239). En otras palabras, no sería la capacidad de cuidado y mitigación de riesgos por parte de la geriatría en un espacio regulado lo que explica la institucionalización, sino que será el vínculo del sujeto con la medicina y el saber aportado por la disciplina sobre la vejez, lo que permite “fabricar sujetos” institucionalizables.

La verdad construida por la geriatría coloca a la **vejez** por fuera de los estándares de la “normalidad biológica” de la población adulta. En tanto categoría de anormal, al ingresar

a condiciones de “polifarmacia”²⁴³, “comorbilidad”²⁴⁴ y/o algún nivel de “pérdida de autonomía”²⁴⁵, las personas de 65 años y más entran en la potencial categoría de “riesgo”, convirtiéndose en “peligrosas” (en general para sí mismas).

Estas situaciones se constituyen en indicadores científica y objetivamente constatables que permiten identificar al desviado de la norma y en consecuencia, habilita su intervención biológica. En dicho proceso coadyuvan dimensiones personales, familiares y socio políticas, que entretejen “la justificación social y moral” necesarias. De esta forma “todas las técnicas de señalamiento, clasificación e intervención referidas a los anormales” operan como “estructura de recepción para los anormales y de instrumento para la defensa de la sociedad” (Foucault, 2007, p. 301). La mera construcción de estos sujetos en “riesgo” de salud podría justificar (según el caso) el ingreso a estas “instituciones de rectificación”, estableciendo “el ordenamiento de una red institucional compleja (...) en los límites de la medicina y la justicia” (Foucault, 2007, p. 301).

Por lo expuesto, la Ley 17.066 ratifica lo establecido por el saber profesional y le otorga amplios poderes en el vínculo con los residentes. Si bien la norma se redacta en clave de derechos, el Director Técnico tiene una potestad discrecional para implementarla o discernir la excepción a la misma, afectando los límites jurídicos que establecen la autodeterminación a toda persona adulta que no haya sido declarada incapaz para la toma de decisiones. Foucault, con referencia a otras categorías de anormales (y de las instituciones que responden a las mismas), aporta:

²⁴³ “De acuerdo con la OMS se define polifarmacia como el uso concomitante de 3 o más medicamentos”. Cruz MM. Farmacología en Geriatría. Recuperado de www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/.../15_farmacologia.pdf

²⁴⁴ “La comorbilidad también conocida como morbilidad asociada, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que curren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro; también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas”. National Institute on Drug Abuse. La comorbilidad: Descripción Breve. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/la-comorbilidad>

²⁴⁵ El criterio de medición propuesto por el decreto vigente (Artículo 25 - Decreto 356/016) es el índice de Barthel. Es definida como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades” Se trata de una evaluación funcional en la que se mide la capacidad de llevar adelante ciertas actividades de la vida diaria (A.V.D.) Según la puntuación obtenida en la suma de estas actividades se agrupa la población en cinco grandes categorías: dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos) e independencia (100 puntos) Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61. Used with permission. Citado en Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., & Manzano, A. O. (2005).

la distancia natural con respecto a la naturaleza modifica los efectos jurídicos de la transgresión y, sin embargo, no los borra por completo; no remite lisa y llanamente a la ley, pero tampoco la suspende; la entrapa y suscita efectos, desencadena mecanismos, exige instituciones parajudiciales y marginalmente médicas (Foucault, 2007, p. 298).

Esta lectura adquiere otra complejidad si se considera la permanencia del Director Técnico en una institución que tiene un funcionamiento continuo (24 horas), derivando en la inevitable delegación de poder en otras figuras cuidadoras durante su ausencia. En la trama relacional resultante, se establece lo que Foucault denomina “sub-poder”, el cual no coincide, ni responde con lo “que tradicionalmente se conoce como poder político: no se trata de un aparato de Estado ni de la clase en el poder, sino del conjunto de pequeños poderes e instituciones situadas en niveles más bajos” (Foucault, 2000 b, p. 147). Es un poder que está por fuera de la norma escrita, que se divide en la comunidad que lo sustenta. Es ejercido por quienes llevan adelante actividades dentro de la institución, quienes están presentes, más allá de a quien inviste la norma. Este grupo de cuidadores (no médicos) pondrán en juego en su práctica diaria su propia comprensión de la vejez, de la institucionalización y de sus propios intereses dentro del lugar institucional que ocupan.

En suma, con el fundamento último de proteger la salud de la persona, el alcance del poder de quienes participan en la institución abarca todos los aspectos de la vida cotidiana de los residentes: relación con el entorno, las actividades de su vida diaria, el tratamiento a recibir (alimentación, medicación) y las medidas de contención (física y por uso de psicofármacos). El sujeto pierde así, en nombre de un bien superior, el estatus jurídico inherente a los adultos entendidos como normales en esta sociedad.

Síntesis del capítulo

Fueron insumos particularmente relevantes de la investigación documental realizada, tanto el contenido de la norma aprobada, como las fundamentaciones expuestas durante

el debate parlamentario. Una serie de variables adquirieron especial relevancia para su análisis: las construcciones de sentido presentes en los discursos de los legisladores, la información considerada por los mismos (pertinencia, difusión, fuente en la que se sustenta e incidencia en la toma de decisiones), la participación de los expertos, la intervención o ausencia de otros actores (sociedad civil organizada, grupos de presión), los puntos de consenso y de debate en las fundamentaciones esgrimidas, así como el contexto y la coyuntura en la que se propone y aprueba esta ley.

En cuanto al contenido, la Ley “Hogares de ancianos” (1998), primera en el país dirigida a la institucionalización de la vejez, y aún vigente, consolidó y profundizó las pautas de funcionamiento establecidas por el Decreto 309/984 (1984) aprobado en el marco de la dictadura en Uruguay.

Las transformaciones aprobadas a partir de esta ley, se evidencian básicamente en cuatro dimensiones: el protagonismo de la medicina en el diseño e implementación de la práctica de la institucionalización de la vejez, la definición de la edad como único criterio de ingreso, las instituciones en la esfera privada operando primordialmente desde una lógica de mercado y la retracción del Estado ubicándose desde un rol regulador de la actividad privada, controlando “mínimos exigibles” en las prestaciones.

El protagonismo del área de la salud, de la medicina y en particular de la geriatría se profundizó en base a dos movimientos. El primero fue el traslado de la supervisión estatal desde un organismo con énfasis en lo social (Banco de Previsión Social) a otro específico del área de la salud (Ministerio de Salud Pública). El segundo, estuvo en el rol asignado por la ley a los especialistas médicos dentro de los establecimientos (D.T.). Ambos movimientos dieron injerencia desde una perspectiva sanitaria sobre toda institución que brindase residencia a Personas Adultas Mayores, con independencia de sus objetivos (salud o social). De esta forma, en las reglamentaciones, en los dispositivos de cuidados propuestos, así como en los mínimos exigidos (tanto para los “Residenciales” como para los “Hogares de Anciano”), primaron los criterios técnicos de la geriatría con una fuerte carga higienista y medicalizadora.

En el debate de estas disposiciones se reeditaron las tensiones planteadas un siglo atrás entre las comisiones de beneficencia con énfasis en la asistencia social y la medicina con énfasis en la salud. Más allá de las discrepancias planteadas, el nivel de consenso general logrado en el proyecto sugiere que a nivel parlamentario existió una construcción compartida de todos los sectores sobre la temática, apoyada en el saber experto.

El Estado atribuyó a la medicina en general y en particular a la geriatría, a través primero del mecanismo de asesoría parlamentaria y luego mediante las disposiciones aprobadas, el saber para entender y decidir (saber - poder) sobre el fenómeno tanto en su dimensión colectiva como individual. Los expertos contratados, y la gran mayoría de quienes participaron como asesores, pertenecen fundamentalmente a esta área disciplinar, con una experiencia reconocida en la materia. El análisis del contenido de las resoluciones y los niveles de consenso alcanzados por la comisión asesora, las autoridades del gobierno y los representantes parlamentarios, supone la existencia de un “conocimiento particular” y un “entendimiento intersubjetivo” entre las partes, basados en los mismos “patrones de razonamientos”, valores, prácticas discursivas y “nociones de validez” que les permitieron alcanzar compromisos y propuestas de resolución compartidas (Haas, 1992).

A partir de este saber experto acumulado por la disciplina en base a su práctica profesional (Foucault, 2007), se consolidó como “verdad” un nuevo significado de la vejez y con éste, la identificación de sus necesidades y las respuestas a las mismas (de las que los geriatras forman parte). Así, el conjunto de elementos responde a la construcción de un nuevo orden que brinda legitimidad y gobernabilidad a las políticas aprobadas, contingente al contexto socio histórico que caracterizó el final del siglo XX en Uruguay.

Las mencionadas transformaciones coadyuvaron a una serie de resultados. Por un lado la fragmentación de la cuestión social desde un único enfoque representado por el sector del Estado y la disciplina a cargo. Un indicador que aporta a esta mirada es que en la construcción del problema del cuidado de una franja etaria, la institucionalización a cargo de la medicina formó parte de la solución. Esto representa necesariamente un empobrecimiento de la lectura de aquello entendido como problema y de las alternativas establecidas para su resolución.

Vinculado a lo anterior, la totalización de la perspectiva médica posibilitó que el mismo criterio que define a la población objetivo de la geriatría (personas de 65 años y más), se constituyera como única causal de ingreso a los establecimientos. Este hecho, que no aparece problematizado en el debate de la normativa, sólo es comprensible a partir de una fundamentación basada en la perspectiva de salud – enfermedad, donde el desvío es patologizado y clasifica a los “normales”, en función del riesgo a dejar de ser sanos (Foucault, 2007). En otras palabras, la acepción de “anormal” definida desde la desviación en cualquiera de sus formas (constatada o potencial) fue asimilada a esta etapa de la vida.

De este modo, al alcanzar la persona esta franja etaria, se convirtió potencialmente en un nuevo tipo de “anormal” que, como cualquier otra tipología de esta clase quedó abarcada dentro de la “categoría de la degeneración”, con potenciales derivaciones para los sujetos comprendidos (Foucault, 2007). Las repercusiones del ingreso a esta categoría abarcan un dominio “jurídico biológico” que comporta a una doble afectación: la de la “naturaleza” del sujeto y la de las leyes sociales que lo comprenden. Así, la “nueva vejez” entendida como una pérdida progresiva de capacidades biológicas que lo distancian del adulto “normal”, conlleva a un cambio de categoría jurídica que ubica al sujeto en calidad de “institucionalizable” con la correspondiente pérdida de su lugar en el mundo adulto y autónomo.

Cabe destacar que estas consecuencias no se restringen a quienes residen en el ámbito institucional o al colectivo de personas que potencialmente podrían serlo por haber cumplido 65 años de edad. La fijación de una categoría estigmatizante a partir de alcanzar un cierto número de años de vida, afecta simbólicamente al resto del colectivo social en tanto establece la certeza de que esta condición será adquirida (con la salvedad de fallecer previamente).

Con respecto a los cambios normativos operados, al igual que en otras etapas analizadas, estuvieron vinculados a las transformaciones del Estado, al contexto sociodemográfico, político y económico. En este sentido resulta pertinente la pregunta: ¿Por qué una ley que define para la población adulta un criterio de edad como causa de institucionalización se aprueba en este momento histórico en particular? En períodos precedentes la intervención

de los cuerpos se vinculó a generar sujetos productivos, requiriéndose para ello el control del desvío pautado por el estado de salud y la integración al mercado laboral (Asilo de Mendigos). Claramente esta explicación no se ajusta a las personas mayores de 64 años de las últimas décadas de nuestro país, ya que mayoritariamente (en el marco de la ley jubilatoria vigente²⁴⁶) se encuentran dentro de la categoría de clase “pasiva”, no previéndose su retorno a la actividad laboral remunerada.

Podrían aportar a responder la pregunta formulada las connotaciones dadas en las exposiciones de los legisladores con respecto a la pérdida del rol doméstico que caracterizó a la mujer en las décadas precedentes. Más allá del contenido simbólico analizado en los discursos, resulta plausible plantear como hipótesis el hecho de que, el fundamento material de la institucionalización de este grupo etario, responde al requerimiento por parte del sistema de un nuevo patrón de proletarización (Danani, 2009).

Dado que este cambio estructural resultó incompatible con el cuidado familiar y comunitario propio del momento histórico precedente, el dispositivo instituido podría explicarse ya no en la transformación del cuerpo de los residentes para su reinserción social, sino en evitar que la mujer (que sostiene en el nuevo sistema un rol productivo y reproductivo), reciba una mayor restricción para su incorporación al mercado laboral.

En cualquier caso, el Estado de finales del siglo XX caracterizado por lineamientos neoliberales, mantuvo su implicancia en el control social y en el disciplinamiento a través de estrategias de normalización y normatización de la población (Personas Mayores y mujeres en la situación estudiada).

Por otra parte, la nueva normativa deslindó al Estado de su lugar de prestador, focalizando su actuación sólo en aquellas situaciones donde la familia y la comunidad no pudieran dar respuesta. El rol dispuesto pretendió la homogenización de los servicios privados existentes a través de un exhaustivo control y de la regulación del vínculo entre particulares.

²⁴⁶ Ley 16.713, estipula como causal jubilatoria los 30 años de aportes y 60 años de edad.

Para ello se establecieron “mínimos sociales”, con idénticos estándares de exigencia para los establecimientos, tanto si se enmarcaban en el mercado o en la sociedad civil organizada sin fines de lucro. Se legitimaron así, sistemas de protección que vinculaba a los particulares dependiendo de la posibilidad de pago²⁴⁷, afianzándose el proceso de institucionalización privada ya instalado en la sociedad, de la que no eran ajenos los técnicos que participaron en el diseño y quedaban a cargo de su implementación.

Por último es necesario destacar el desarrollo de las normativas con relación a los derechos de los residentes, incluyendo derechos de primera generación. Éstas dan cuenta de la vulneración y afectación del estatus jurídico de un sector de la población adulta con capacidad de autodeterminación en el marco de instituciones que, en la práctica, adquirieron connotaciones de Instituciones Totales.

²⁴⁷ Más allá de algunas prestaciones como el “cupa cama” del B.P.S. o acuerdos establecidos entre particulares (BPS). Recuperado de www.bps.gub.uy/10668/cupo-cama.html

Capítulo 5: La vigencia de la ley “Hogares de Ancianos”. Entre la hiperregulación y la desresponsabilización del Estado

(...) una concepción que, por distintas vías, conecta la noción de libertad con la disponibilidad real de oportunidades para personas que son dueñas de sí mismas: la libertad es, entonces, la oportunidad de elegir la vida por vivir (y no sólo de “elegir” entre bienes a consumir); es la oportunidad de vivir efectivamente esa vida, por considerarla buena; es la oportunidad de ser reconocido y valorado. Todo ello incluye la participación crítica o, lo que es lo mismo, reclama la oportunidad de definir y realizar la moralidad en el uso efectivo que se haga de esas oportunidades, no quedándose sólo en su enunciado formal (Danani, 2008, p. 41).

Introducción

El propósito de este capítulo es revisar los alcances que la implementación de la Ley “Hogares de ancianos” (17.066) tuvo en dos décadas de vigencia. Para ello se considera el contenido de las normativas aprobadas en este período, los nuevos debates parlamentarios y los datos oficiales sobre la temática, en un escenario pautado por transformaciones del modelo de Estado y por la permanencia de las tendencias que han caracterizado las prácticas de la institucionalización de la vejez.

En el contexto de la implementación de la ley pueden diferenciarse dos momentos. El primero, comprendido entre 1999 y 2004, asociado a la continuidad del modelo de Estado neoliberal y la crisis económica del año 2002 con “graves impactos económicos y sociales, generando entre otros factores, importantes aumentos en los niveles de pobreza e indigencia del país” (Antía, Castillo, Fuentes, Midaglia, 2013, p. 186).

La característica fundamental del segundo momento (2005-2017) está dada por un cambio en la “administración política del país”, con la llegada al poder de un sector representante del “espectro ideológico de izquierda” que había “históricamente” expresado “su preocupación por la distribución de bienestar y la creación o recreación de canales de integración social” (Midaglia, 2009, p. 101).

De esta forma, en marzo del 2005, luego de los primeros cinco años de vigencia de la ley, en un contexto de “deterioro social”, el Frente Amplio/Encuentro Progresista/Nueva Mayoría, asumió el “gobierno impulsando un conjunto de medidas destinadas exclusivamente a la atención de situaciones de pobreza e indigencia social” (Antía, et al, 2013, p. 186).

Con la asunción del nuevo gobierno, la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) representó una de las “iniciativas políticamente significativas en el plano de la asistencia”. Se convirtió en un “organismo especializado en el abordaje de las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica” (Antía, et al, 2013, p. 186), disputando un lugar central en las temáticas de la vejez y de su institucionalización. En este marco ministerial, se creó en el año 2009 el “Instituto Nacional del Adulto Mayor” (Ley 18.617) con atribuciones específicas sobre esta cuestión. La injerencia en la temática dada al nuevo ministerio reeditaría la tensión entre sectores del Estado a cargo de la vejez (Ministerio de Desarrollo Social - Ministerio de Salud Pública), fundamentando el protagonismo de cada uno en la relevancia de la atención social o la atención sanitaria, leídas en clave de disyuntiva.

Con independencia de los cambios ocurridos en la organización del Estado, la práctica de la institucionalización de la vejez se ubicó en el siglo XXI casi exclusivamente bajo la **órbita privada**. Los datos al respecto fueron aportados en el año 2016 a partir de una investigación realizada por el propio Ministerio de Desarrollo Social²⁴⁸, en la que “se tomó contacto con 1.114 establecimientos de los cuales se llegó a relevar información para 862” (MIDES - INMAYORES, 2016, p. 1). Sobre el total de establecimientos relevados, el 89,7 % (773) tenían fines de lucro²⁴⁹, el 6,4 % (55) eran Hogares privados sin fines de lucro²⁵⁰ y sólo el 3,9 % (34) de los casos eran propuestas de “inserción familiar” (Cuadro 2, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 2).

²⁴⁸ El estudio se realizó durante nueve meses en todo el país (mayo 2015 - febrero 2016). MIDES/INMAYORES (2016) Instituto Nacional de las Personas Mayores. “Resultados del relevamiento de establecimientos de larga estadía 2015”. Recuperado de www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63440/1/censo.pdf

²⁴⁹ Si bien el informe publicado no explicita una definición de Hogar y/o Residencial, se presupone que se basan en las definiciones dadas por la legislación vigente en nuestro país, ya que se hace referencia a la misma en la introducción del documento.

²⁵⁰ Cabe mencionar que en el caso de los Hogares sin fines de lucro, el informe presentado del censo no aclara si son públicos o privados o qué proporción de cada tipo fue registrado.

Dos años más tarde al informe presentado por el Ministerio de Desarrollo Social, otro de los organismos con injerencia en la temática presentó datos que, si bien no coinciden exactamente con el número de establecimientos identificados por el estudio precedente²⁵¹, resultan altamente significativos. De acuerdo a lo declarado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2018²⁵², sólo 18 instituciones de las 943 que brindaban residencia a las Personas Adultas Mayores, tenían habilitación para funcionar, lo que representaba el 2 % de los establecimientos registrados por este organismo. Esta información de por sí contundente, podría alcanzar otras dimensiones en caso de confirmarse la presunción de que en la práctica operan en forma clandestina²⁵³ un número incierto de establecimientos que no están identificados.

La ausencia de control estatal y el alto porcentaje de actividad registrada en el sector privado, actuando desde una lógica de mercado, resultan relevantes diez años después de los cambios impulsados por el nuevo gobierno. Los datos dan cuenta de la escasa incidencia que tuvo en esta temática la instalación de la nueva “matriz de bienestar”, entendida como aquellos “esquemas institucionalizados de política sociales, de orientación universalista, donde el Estado es un agente significativo, ya sea en las funciones de diseño, implementación y/o regulación” (Midaglia, 2009, p. 85).

Permaneció de esta forma en la práctica de la institucionalización de la vejez, la lógica neoliberal instalada en los años 90, determinada por un modelo de “individualización de la protección social” en el que la orientación de las políticas sociales “se caracteriza por vincular las condiciones de vida de las personas con su situación y sus prácticas en calidad de individuo”. Desde este paradigma, “el acceso, la magnitud y la calidad de los servicios dependen de la situación inmediata y/o de la historia laboral de la persona; de su

²⁵¹ Coincidirían menos aún con datos manejados en los documentos presentados a nivel parlamentario. Lara haría referencia a “esta Cartera tendría que regular el funcionamiento de las 3.200 casas de salud que están registradas, cosa que no se hace” (Lara, Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 9).

²⁵² De acuerdo a información publicada por el Ministerio de Salud Pública en su página web, de estos 18 establecimientos habilitados, 14 se encuentran ubicados en Montevideo y los restantes se distribuyen en los departamentos de Flores, Rivera, San José y Tacuarembó. También se informa que otros 126 que están en proceso de obtener la habilitación. Publicado 23 de marzo de 2018, en la página Web del Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>

²⁵³ Presunción realizada por más de un legislador en los discursos parlamentarios (Cid, Diario de Sesiones Senado, 1995, Exposición de Motivos, Tomo 370, p. 209; Sarthou, 1995, Diario de Sesiones Senado, Tomo 370, p. 223).

capacidad de pago” entre otros factores, pero siempre la “protección social” tomará un carácter particular (Danani, 2008, p. 45).

De acuerdo a lo expuesto, las múltiples reglamentaciones consideradas entre los años 1999 y 2017, que a primera vista podrían entenderse como el fortalecimiento del control estatal para la regulación de la temática, no operaron en este sentido. El alto número de normativas aprobadas (abarcando leyes, decretos y resoluciones ministeriales con sucesivas derogaciones), los contenidos de las mismas y los datos aportados por los organismos competentes, dan cuenta de las dificultades del Estado para modificar el patrón de protección establecido por la Ley “Hogares de ancianos” (1998), pero también para cumplir con el rol regulador dispuesto por la misma. En base a lo anterior, esta sobrerreglamentación podría ser leída no sólo en términos de impotencia sino también de desresponsabilización, limitando el rol del Estado a la aprobación de disposiciones. La extrema debilidad de los restantes mecanismos para implementar el control y asegurar el cumplimiento de lo dispuesto, libera la acción del mercado sobre una población que queda rehén entre la ausencia de ofertas alternativas y su escasa capacidad de presión.

Como resultado, más allá de lo enunciado por las disposiciones aprobadas, la marginalidad asumida por el Estado frente a esta temática está lejos de ser neutral, ya que la omisión compone una intervención en sí misma dentro de la tríada Estado – sociedad civil – mercado. Plantea Grassi al respecto:

“(…) las políticas sociales son un espacio crítico: como políticas de Estado condensan la hegemonía (...) y tienen capacidad de normatizar y normalizar, en tanto el Estado se constituye en un actor (...) en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento (Grassi, 2003, p. 25).

Para el estudio de este período, las normativas consideradas según el orden cronológico de su aprobación fueron las siguientes: el **Decreto 433/004** “Modificación de Reestructura Administrativa de Programas Presupuestales. Ministerio de Salud Pública” (2004), la **Resolución 572/04** “Reglamento interno para Usuarios Residentes” de ASSE (2004), la **Ley 17.796** “Promoción Integral de los Adultos Mayores” (2004), la **Ley**

18.617 “Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor” (2009), el **Decreto 88/010** “Determinase el alcance de las normas que reglamentan la habilitación para el funcionamiento y registro de los Hogares Públicos de Adultos Mayores” (2010), el **Artículo 298** de la **Ley 19.149** “Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2012” (2013), el **Decreto 265/014** (2014), **Declaración de Derechos de los residentes** por parte de INMAYORES del MIDES (2014), la **Ley 19.353** “Sistema Nacional Integrado De Cuidados” (2015), la **Ordenanza 665/015 del MSP** (2015), el **Artículo 517 de la Ley de Presupuesto 19.355** (2015), el **Decreto 356/016** (2016) y la **Ordenanza 483/017 del MSP** (2017)²⁵⁴.

En el presente capítulo se busca analizar de qué forma, una suma de factores coadyuvaron para que la Ley “Hogares de ancianos” no se aplicara según lo dispuesto, profundizándose los mecanismos de institucionalización ya instalados en el siglo XX, con la consecuente vulneración de derechos para este sector de población.

A los efectos expositivos se presenta la información obtenida respetando la cronología de las normativas, pero organizándolas en base a los contenidos de interés para el objeto de estudio. Dado que cada reglamentación abarca aspectos diversos, modificando y/o complementando lo dispuesto por su precedente, en cada apartado se irán retomando las mismas normativas de acuerdo a los temas sobre los que hacen referencia.

La organización resultante es la siguiente:

1. La **nueva clasificación de instituciones y de residentes**, redefiniendo las categorías establecidas por la Ley “Hogares de ancianos”.
2. El **rol ocupado por el Estado**: la integración de la esfera pública a las disposiciones que regían los establecimientos particulares, las nuevas distribuciones de competencias entre los sectores estatales y el desempeño del control sobre los establecimientos para asegurar el cumplimiento de las normativas.

²⁵⁴ Estas normativas se suceden vinculadas entre sí. El cuadro que figura al final del capítulo ordena la aparición de las mismas y orienta su lectura ubicando en la misma línea las normativas que se derogan entre sí.

3. Los **nuevos derechos de los residentes**, atendiendo a los dispositivos establecidos para su cumplimiento, los recursos humanos responsables de los mismos y los mecanismos de control ausentes.

La nueva definición de los residentes y de las instituciones

A sólo cinco años de aprobada la ley de “Hogares de ancianos” se comenzaron a revisar los parámetros con los que se había definido a la población objetivo. Esta modificación se realizó a través de dos decretos (433/004 y 356/016), comenzando en la órbita de los establecimientos públicos, y al igual que en períodos anteriores, fue impulsada por la geriatría. Los espacios institucionales a partir de entonces serían reorganizados considerando las nuevas categorías, modificándose su clasificación y las exigencias establecidas.

En el año 2004, el **Decreto (433/004)** “Modificación de Reestructura Administrativa de Programas Presupuestales. Ministerio de Salud Pública”, había cambiado la denominación de la Unidad Ejecutora 063 – “Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo” por “Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo”. Su fundamentación expresaba que la misma “no hace justicia a la canasta actual de servicios y la misión y objetivos comprendidos en el proyecto de reconversión que se encuentra en trámite”. Al igual que en las otras modificaciones del nombre de esta institución en los siglos XIX y XX, la nueva denominación era representativa de profundas mutaciones.

En un artículo académico publicado (2004) por el entonces director de la institución²⁵⁵, se planteaban una serie de datos y conceptos que aportan a la comprensión del cambio de paradigma que derivó en el decreto del año 2004.

²⁵⁵ **Ítalo Savio**, Doctor en Medicina egresado de la Udelar, Profesor Grado 5 del Departamento de Geriatria y Gerontología de la UDELAR. Fue director del Hospital Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo" en el período (2001 - 2010). Director - Coordinador Programa Adulto Mayor Administración de Servicios de Salud del Estado en el período (2010 - 2015). Asesor Responsable - Director Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud.

Se entendía que los cambios sociodemográficos del país habían sido atendidos desde un “modelo” que había “apostado casi exclusivamente al recurso socio familiar” (Savio, 2004, p. 34). Señalaba “la ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para mayores”, lo cual derivó en el aumento de “instituciones de larga estancia” resultando que entre el 5 % y el 7 % de los ancianos estaban institucionalizados (entre 25.000 y 30.000 personas). Estas cifras representaban “del doble al triple de las camas de hospitales de agudos públicos y privados” (Savio, 2004, p. 34). La estimación del momento era que “esta demanda se duplica cada 10 años como se aprecia del análisis de la tasa de crecimiento intercensal” (Savio, 2004, p. 34).

Con respecto al Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo, se catalogaba su funcionamiento dentro de “un modelo hospicio-asilar”²⁵⁶ (Savio, 2004, p. 32). Dicho modelo estaba caracterizado por “la ausencia de una misión y población objetivo claramente definidas, ausencia de trabajo en equipo, hacinamiento de residentes y coexistencia de residentes no geriátricos” (Savio, 2004, p. 32). En el texto publicado, se describía la dinámica del modelo “hospicio-asilar” de la siguiente forma:

el trabajo de altas y reinserción social era escaso, a lo que se sumaba la ausencia de trabajo interdisciplinar, la predominancia de ingresos judiciales no programados y frecuentemente inadecuados, incluyendo población no geriátrica o ancianos con condiciones agudas, la ausencia de protocolización de procesos de atención, así como una ubicación indiferenciada de usuarios en unidades de atención no centradas en grupos de problemas, en las que predominaba la atención asilar (Savio, 2004, p. 35).

Los datos con relación al hacinamiento en el año 2001 eran los siguientes: “el hospital alojaba a 450 residentes, en una planta física con capacidad para 300 camas” (Savio, 2004, p. 35). Esta situación no era nueva para el Hospital. Las carencias y hacinamiento ya habían sido señaladas décadas antes para esta institución, en la conferencia dada en 1975 por el Coordinador General de los Servicios de Geriátrica del Ministerio de Salud Pública:

El Hospital - Hogar está permanentemente colmado y tienen enormes carencias de recursos humanos y materiales e incluso problemas de organización. La atención al internado dista mucho de la asistencia integral y multidisciplinaria que debería darse. Los

²⁵⁶ Se apoya en datos aportados por evaluaciones realizadas en años previos al 2001.

locales para la atención del anciano sano y del enfermo son escasos y en muchas circunstancias, están en pésimas condiciones de conservación. La higiene ambiental de los locales e incluso de los asilados es totalmente deficitaria (Conferencia del Coordinador General de los Servicios de Geriátría del MSP en Aguiar et al, 1978, p. 120).

Otros dos componentes complementaban la caracterización realizada por el director del Hospital en el año 2004: la existencia de una “cultura asilar” y las causas de ingreso a la institución.

La **cultura asilar** estaba representada por “el estilo de trabajo y tratamientos en bloque y despersonalizado” que afectaba la relación entre el personal y los residentes, la “falta de participación o la pasividad del residente” y la ubicación de la persona como “objeto de cuidados” desplazándola “en actividades elementales de la vida cotidiana (baño, vestimenta, alimentación)” (Savio, 2004, p. 42).

Con relación a los **ingresos y a la población asistida**, en su mayoría “no tenía origen en los hospitales o servicios de salud públicos y las causas de admisión predominantes referían a situaciones predominantemente sociales”, por lo cual se entendía que “no todos los que estaban tenían razón fundada en su estado de salud” (Savio, 2004, p. 36).

A partir del año 2001, se comenzó una transformación que incorporaba una “atención geriátrica integral” centrada en el usuario, a partir de una organización “consensuada” con el “personal de atención” y el “equipo de gestión”.

Este nuevo paradigma se apoyaba en un cambio de la “visión” institucional: “ser modelo de referencia en la atención de los ancianos vulnerables usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado” (ASSE-MSP, 2001, en Savio, 2004, p. 36). Por su parte la nueva “misión” era: “ser un Hospital-Centro Geriátrico destinado a la atención geriátrica integral de ancianos vulnerables usuarios de ASSE de Montevideo, a través de servicios de corta estancia (estancia diurna - centro diurno), media estancia (convalecencia y rehabilitación), larga estancia e inserción familiar (custodia familiar)” (Savio, 2004, p. 36).

La población objetivo del nuevo modelo fue compuesta por los denominados “**ancianos vulnerables**”. Se cambió el perfil del ingreso, excluyendo como causa aislada el “abandono social”, con la excepción de que se constatará “el maltrato documentado y como medida cautelar para proteger a la víctima” (Savio, 2004, p. 36).

Desde esta nueva perspectiva se entendía por “ancianos vulnerables”:

(...) aquellos que reúnen simultáneamente una serie de condiciones socio-sanitarias que les ponen en riesgo de dependencia o que ya presentan problemas médicos sociales complejos que les vuelven dependientes, incluyendo la edad (igual o mayor de 65 años), la dependencia de grado moderado o severo de causa física y/o mental y la precariedad socio económica (coexistencia de ingresos insuficientes y carencia absoluta de soporte familiar) (MSP, 2001 en Savio, 2004, p. 37).

Para implementar estos cambios se realizaron coordinaciones con las redes de derivación de los servicios de Salud Pública, el Poder Judicial y las Seccionales de Policía. Al mismo tiempo, se realizó una reorganización interna del Hospital Centro Geriátrico por unidades, atendiendo el perfil del residente. Se dotó a cada una de un equipo profesional básico (geriatra, médico, trabajador social, enfermero) y otro específico atendiendo las particularidades de cada unidad. Las unidades establecidas fueron las siguientes: “de alta dependencia y cuidados paliativos”, “de psicogeriatría (una para patologías no demenciales y una unidad de demencias)”, “para autoválidos”, “un centro diurno” y “un servicio de inserción familiar” (Savio, 2004, p. 37).

En la fundamentación de los cambios realizados, el director del nuevo Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo presentaba los resultados alcanzados:

Se instrumentó un plan de altas y reinserción que logró reubicar en el curso de aproximadamente 8 meses a residentes con potencial de alta y residentes no pertenecientes al grupo etario. Más del 50% fueron altas hacia entornos socio familiares del que provenían, en tanto el restante 50 % se derivó hacia instituciones sin fines de lucro o instituciones lucrativas (cuando tenían poder adquisitivo), con programas de seguimiento a seis meses y reingresos prácticamente nulos. Cabe señalar que en el mismo período y sobre la base del cambio del modelo de atención se logró una notoria reducción de la tasa de mortalidad, la que resultó la más baja de la última década. Producto de ello

y de los egresos por defunción, en la etapa se adecuó el número de residentes a la capacidad real de la institución (Savio, 2004, p. 37).

Acerca de la información presentada resulta de interés detenerse en diversos aspectos. El cambio de denominación de la “Unidad Ejecutora 063” (Decreto 433/004) de “Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo” por “Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo” responde a una ruptura con el paradigma asilar (que definió desde su fundación a esta institución), sustituyéndolo por otro referido como “atención geriátrica integral”. Este giro lingüístico intentó dar cuenta de un nuevo orden, en el Hospital y en la esfera pública, que convertiría al viejo asilo en una institución de referencia geriátrica a escala nacional (Foucault, 1968).

El quiebre con la “episteme” asilar, se estableció en un contexto de acumulación de innovaciones desarrolladas en las últimas décadas en la órbita privada, y al igual que en el caso de éstas, se fundó en el saber geriátrico. “Las ciencias delimitan así sus objetos, de manera que las administraciones especializadas existentes o por crear puedan administrarlos racionalmente”. De esta forma, la enunciación de “una relación causal” permitió “designar un ámbito de reforma” (Topalov, 2004, p. 54). Las transformaciones resultantes supusieron un cambio radical que involucró la teoría y la práctica, afectando todos los aspectos de la vida institucional: su nueva población objetivo y el consecuente egreso de residentes, la clasificación de acuerdo con criterios médicos de la población en unidades y la reubicación de personal especializado a cargo, de acuerdo al perfil de cada una.

El nuevo perfil **de la población objetivo**, se caracterizó por tener una “razón fundada en su estado de salud”, excluyendo las situaciones de “abandono social” sin “maltrato documentado” y estableciéndose la posibilidad de “alta” representada en el egreso institucional. Como había sucedido históricamente, estos parámetros pusieron en juego ciertas condiciones para que el pobre recibiera ayuda del Estado. En este caso, el “‘pobre merecedor’ (deserving poor)” debía comprobar una conjugación de situaciones sanitarias y sociales (Danani, 2008, p. 43).

Los componentes de esta nueva delimitación **presentan dos aspectos a destacar**. El primero es **la distancia que establecen con la población objetivo de las instituciones**

privadas en las que, como ya se vio de acuerdo a la normativa, la edad resulta ser la única causal y por tanto, no se consideran factores socio-sanitarios.

Los datos aportados por el Ministerio de Desarrollo Social confirman la aplicación del criterio de la edad. Si bien las causales de ingreso no fueron explicitadas por el estudio, un porcentaje importante de población pareciera carecer de una “razón fundada en su estado de salud”. De acuerdo al informe, en el total de los emprendimientos relevados requieren apoyo para las actividades de la vida diaria sólo el 55,2 %²⁵⁷ de la población internada (Cuadro 17 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 6).

La divergencia entre los perfiles de ambos sectores parecería sustentarse en el uso de criterios de “diferente naturaleza”. En un caso, es la focalización de una política lo que construye el perfil de la población de acuerdo al “merecimiento”, en otro, es la relación entre oferta y demanda en el mercado de la asistencia. Por tanto el “merecimiento”, lejos de ser una construcción objetivamente fundada (según se presenta), debe entenderse como “una noción históricamente situada que determina la construcción de la población beneficiaria y que como categoría analítica, debe ser contextualizada”. En este sentido, aportan al análisis del contexto los “distintos vectores de atribución de sentido que adquieren identidad a la luz de la específica correlación de fuerzas que los construyen” (Castaño, 2012 p. 130).

En vínculo con lo anterior, cabe considerar un segundo aspecto: **el contexto en el que fue implementada la focalización de esta política pública**. La reforma se puso en práctica en el año 2004, cuando en Uruguay la población en situación de pobreza²⁵⁸ alcanzaba el 39,7 % y la indigencia ascendía a 4,6 % (Moreira y Delbono, 2010, p. 105).

De acuerdo a lo expresado por las autoridades, la población no comprendida en la definición de “ancianos vulnerables”, excluida a partir de entonces de los establecimientos públicos, presentaba dos posibles resoluciones de amparo: el “Tercer sector” y los establecimientos privados.

²⁵⁷ El 59,5 % en Montevideo y el 51,4 % en el interior.

²⁵⁸ Datos referidos al total del país urbano (localidades de 5.000 y más habitantes) en Moreira y Delbono, 2010, p. 105.

Con respecto a la “tercerización” del cuidado, los espacios familiares y comunitarios, junto con las organizaciones no gubernamentales, fueron entonces señalados como los responsables de atender el “abandono social” de los residentes.

La forma institucional más perfecta de la comunitarización es la terciarización de las intervenciones sociales, sea por delegación a la familia o a organizaciones de la sociedad civil, o a ONG’s o a instituciones varias sin fines de lucro, que en conjunto conforman lo que suele denominarse “Tercer Sector”. Durante los años recientes, su desarrollo fue la expresión de un amplio abanico de privatizaciones cuya contracara fuera el vaciamiento social y estatal de la protección, bajo el argumento de la devolución de la iniciativa a los grupos sociales y de la superación de la dependencia (Danani, 2008, p. 45).

Con relación a la segunda vía de egreso prevista, la información acerca de los montos mensuales que abonan las personas residentes en la órbita privada permite dimensionar el impacto de esta política, considerando la posibilidad de acceso a la cobertura ofrecida por el mercado. De acuerdo al estudio ya mencionado, realizado por el Ministerio de Desarrollo Social²⁵⁹ en el año 2016, el costo de los establecimientos se encuentra dentro de las siguientes franjas: hasta 10.000 el 27,2 %²⁶⁰, entre 10.001 y 15.000 el 29,3 %²⁶¹, más de 15.000 el 31 %²⁶² (Cuadro 18 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 6). Estos datos sumados a la información de que el 89,7 % de los establecimientos pertenecen a la órbita privada con fines de lucro, (Cuadro 2 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 2) da cuenta de en qué medida el mercado opera “como elemento sustantivo que norma por sí mismo lo económico y lo social”, a partir del acuerdo entre particulares (cliente-costoservicio), sustituyendo la dimensión colectiva en clave de Derechos (Rozas, 1998, p. 17).

Más allá de la ruta considerada dentro de las alternativas propuestas, tanto la institucionalización como dispositivo de cuidado hegemónico fuera del ámbito doméstico, como el costo del mismo, comprometen a las Personas Mayores en el Uruguay contemporáneo, en su calidad de “miembros plenos de la sociedad” (Fraser, 2008). La suma de ambas afectaciones involucra componentes de la estructura económica y de falta de reconocimiento, lo que los convierte en un “grupo bidimensionalmente subordinado”.

²⁵⁹ En un 12,6 % se carece del dato.

²⁶⁰ El 10 % en Montevideo y el 41,5 % en el interior.

²⁶¹ El 27 % en Montevideo y el 31 % en el interior.

²⁶² El 43 % en Montevideo y el 20,4 % en el interior.

Los **grupos bidimensionalmente subordinados** padecen tanto una mala distribución como un reconocimiento erróneo en formas en las que ninguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra, sino que ambas son primarias y co-originales. Por tanto, en su caso, no basta ni una política de redistribución ni una de reconocimiento solas. Los grupos bidimensionalmente subordinados necesitan ambas (Fraser, 2008, p. 91).

Representa una piedra angular de esta subordinación la salida del mercado laboral en la vejez. Con respecto a la **estructura económica**, la distribución primaria percibida a través del empleo, se reduce en un 50 % frente a la pasividad (jubilación-pensión), quedando limitada a percibir una distribución secundaria del ingreso “cuyo rasgo fundamental es que sólo existe por mediación estatal” (Danani, 2009, p. 32). La “pasividad” implica por tanto no sólo la pérdida de capacidad de presión para exigir mejores condiciones de consumo, sino que restringe, en un porcentaje significativo de población, la posibilidad de compra de satisfactores de necesidades básicas, entre otras, las formas de cuidado ofertadas en el mercado.

Al dejar de vender la fuerza de trabajo en el sistema, la “identidad, reconocimiento y subjetividad” (Danani, 2009) de la Población Adulta también se ven afectadas, ya que es percibida como una carga para el colectivo social. En el límite de esta construcción se encuentran las situaciones donde se pierde la capacidad simbólica en la toma de decisiones (en general por requerir cierto apoyo para las funciones de la vida diaria), resolviendo la díada médico-familia la internación “por su bien” en una institución de residencia que dependerá de la capacidad de pago. Cómo se verá más adelante, este escaso reconocimiento social y sus repercusiones, llevó a que se aprobaran una serie de derechos para la población dentro de esta franja etaria en general y para aquella institucionalizada en particular, como ser la firma por parte del residente de un “consentimiento informado para ingreso voluntario” (Ordenanza 483/017).

Diez años más tarde de estas transformaciones que involucraron al sector público, y luego de que los establecimientos estatales fueran abarcados por la Ley “Hogares de ancianos” en el año 2010²⁶³, se aprobaron nuevas disposiciones. Los decretos 265/014 y 356/016

²⁶³ Dispuesto por el Decreto (88/010) según se verá en el siguiente apartado.

(años 2014 y 2016 respectivamente) volvieron a modificar el perfil de la población objetivo y de los establecimientos a partir de una nueva categorización.

El **Decreto 265/014**²⁶⁴ se aprobó atendiendo al Artículo 298 de la Ley 19.149 y derogó los decretos 320/999 y 88/010. Estableció un nuevo cambio en el criterio para clasificar los establecimientos de acuerdo a si perseguían o no fines de lucro. Definió a los “sin fines de lucro” como aquellos “cuyos titulares sean asociaciones civiles o fundaciones debidamente acreditadas” quedando en la categoría “con fines de lucro” todos los restantes (artículos 3 y 4 - Decreto 265/014).

Este decreto tuvo una vigencia de apenas dos años. Fue derogado en el año 2016 por el **Decreto 356/016**, dirigido a establecimientos públicos y privados que en forma permanente o transitoria brindasen a “personas mayores” alojamiento, alimentación, prestaciones sociales y sanitarias “comprendidos en los servicios de cuidados residenciales del Sistema Nacional de Cuidados”. Se excluía de la normativa a los refugios, centros diurnos y servicios de inserción familiar (Artículo 1 - Decreto 356/016).

La nueva reglamentación volvió a delimitar la población que podría ser asistida por estas instituciones y las que no, estableciendo definiciones sobre las mismas. El primer grupo abarca dos categorías. A la ya tradicional “persona que haya cumplido los 65 años” se le agregó una segunda clase por demás amplia: personas menores de 65 años, **“siempre que su estado social o psico-físico lo justifique”**, excluyendo expresamente a las personas con “trastornos psiquiátricos severos y consumo problemático de drogas y/o alcohol” (Artículo 2 - Decreto 356/016).

El decreto también define a las personas según su situación de "dependencia". Son aquellas que “por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia y/o ayuda a fin de realizar los actos corrientes

²⁶⁴ Planteaba una serie de modificaciones con relación al Decreto 320/999. Dentro de éstas se encontraban con el propósito de asegurar un mayor control: la identificación de los locales visible al público (excepto inserción familiar) debiendo tener en la parte exterior su nombre y tipo de servicios (Artículo 7 - Decreto 265/014), nuevos requisitos para la habilitación y el registro, nuevos plazos de inspecciones, la regulación del número de funcionarios por turnos, la especificación de las obligaciones del Director Técnico y su carga horaria por número de residentes, las obligaciones del titular o representante legal del establecimiento, la especificación de los servicios de alimentación, vestimenta, higiene y prestaciones sanitarias (Artículo 30 - Decreto 265/014), la habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos (Artículo 21 - Decreto 265/014), los requisitos de ingreso y una nueva construcción de registros con alcance nacional.

de la vida diaria y lo referido al cuidado personal” (Artículo 20 - Decreto 356/016)”. Por oposición, las personas autoválidas son “no dependientes” de acuerdo a la definición anterior (Artículo 21 - Decreto 356/016).

La pregunta que cabe hacerse a partir de los datos presentados es: ¿por qué motivo la delimitación de la población objetivo de la institucionalización establecida por una ley aún vigente (17.066) fue modificada en reiteradas oportunidades (para las órbitas pública y/o privada) en menos de veinte años?

La respuesta más inmediata parece ser que el criterio aportado por la geriatría no permite definir el universo institucionalizable. Serán la demanda y oferta del mercado quienes presionen los límites de la población objetivo, incorporando en sus fronteras a un amplio y poco definido sector de población **“siempre que su estado social o psico-físico lo justifique”**. El Estado luego reglará lo instituido en la práctica, ajustándose a los requerimientos del sistema. “La norma formaliza una necesidad objetiva del individuo y de la sociedad y al mismo tiempo también el medio racional de satisfacerla” (Topalov, 2004, p. 61).

Lo anterior no sólo rompe con la pretendida objetividad de crear instituciones para un determinado rango etario, sino que además, deja de explicar la exigencia de que el Director Técnico del establecimiento deba tener la especialidad en geriatría, aspecto que no fue modificado por la norma hasta el momento.

El rol del Estado

El desempeño del rol estatal es otro de los ejes a analizar vinculado a las debilidades en la aplicación de la Ley 17.066. Se consideran al respecto tanto las dificultades para llevar adelante el lugar de control asignado, como la posible redefinición del rol en el marco de la nueva matriz de bienestar impulsada por los sectores de izquierda en el gobierno.

El estudio de las normativas del siglo XXI muestra la modificación de una serie de disposiciones que abarcan **el alcance, los roles, la injerencia y los mecanismos de control del Estado** sobre la institucionalización de la vejez. Las reglamentaciones estudiadas en relación al tema fueron las siguientes: Ley 17.796 (2005), Ley 18.617 (2009), Decreto 88/010 (2010), Ley 19.149 - Artículo 298 (2013), Decreto 356/016 (2016) y Ordenanza 483 MSP (2017). Complementan a éstas el Decreto 265/014 (2014), que presenta contenidos de regulación referidos a las propuestas alternativas a la institucionalización.

La revisión de tres aspectos aporta a comprender las permanencias y variaciones de rol atribuido al Estado a través de la ley de “Hogares de ancianos” y su incidencia en el cumplimiento de la normativa. El primero refiere a que los **establecimientos públicos pasaron a estar comprendidos** en las disposiciones reguladoras de los emprendimientos privados, estableciéndose iguales parámetros de control estatal en ambas esferas. El segundo, considera la **permanencia de la tensión entre distintos organismos del Estado** por la injerencia en la temática de la vejez y su institucionalización. Si bien cambian los sectores en disputa, se mantiene la polarización entre la atención de la salud y la asistencia social. En tercer lugar, se analizan **el rol de control asignado** al Estado y las **dificultades para su cumplimiento**.

La inclusión del sector público en las disposiciones de la Ley 17.066

Como se había tratado en el capítulo anterior, las normativas de alcance nacional desarrolladas a partir del año 1965, estuvieron dirigidas exclusivamente a regular la práctica de la institucionalización de la vejez dentro de la órbita privada. Sería recién en el año 2010, con la aprobación del **Decreto (88/010)**, que las reglamentaciones vigentes hasta entonces se hicieron extensivas a las instituciones públicas. Las transformaciones implementadas en la nueva coyuntura política, “además de representar una innovación institucional inédita para la esfera pública, producen un conjunto nada despreciable de consecuencias político-institucionales que afectan en alguna medida la relación entre democracia y ciudadanía” (Midaglia, 2009, pp. 97 - 98).

El decreto se fundamentó en “la necesidad de precisar el alcance de las normas que reglamentan la habilitación para el funcionamiento y registro de los Hogares Públicos de Adultos Mayores”. Se había “verificado” que dichas instituciones estaban funcionando “sin habilitación” y “constatado por el cuerpo inspectivo competente del Ministerio de Salud Pública, un estado de deterioro” (Decreto 88/010). También se hacía referencia a la Ley Orgánica de Salud Pública (9.202) del año 1934, que establecía como competencia de este Ministerio “velar por el correcto funcionamiento de los servicios de asistencia e higiene de la población y llevar un registro de establecimientos de Adultos Mayores” (Decreto 88/010).

Se reglamentaron de este modo la habilitación para el funcionamiento y el registro de los Hogares Públicos. Expresaba el Artículo 1 del Decreto 88/010: “Todos los Hogares, Centros Diurnos y demás servicios para Adultos Mayores, auto válidos o discapacitados, administrados por organismos públicos, deberán contar con habilitación para funcionar y estar inscriptos en el Registro Nacional, a cargo del Ministerio de Salud Pública” (Artículo 1 - Decreto 88/010). La habilitación, los mecanismos de control y la “periodicidad de las inspecciones” se regirían según lo dispuesto por la ley 17.066 y el Decreto 320/999 (Artículo 2 - Decreto 88/010).

La relevancia de la extensión de la norma hacia las instituciones públicas reside en el propósito original de la Ley 17.066: la homogenización de las prestaciones y el establecimiento de mínimos de asistencia en clave de derechos de ciudadanía para los residentes.

Al encontrarse focalizada la asistencia pública en las situaciones de pobreza, y al dirigirse la ley expresamente a la regulación de los establecimientos privados, se había excluido a un sector de la ciudadanía de las garantías establecidas por la norma. El reconocimiento hacia la población asistida por el Estado, diez años más tarde que al resto de la población, aparece vinculada al cambio registrado en el la propuesta de la matriz de bienestar. Este aspecto es importante ya que las mencionadas disposiciones (la nueva y la derogada), en tanto políticas públicas, dan cuenta de “la medida en que una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros y su capacidad de

protección de los mismos”. En este sentido “muestran la manera en que se resuelve su propia cohesión y la capacidad de integración” (Grassi, 2003, p. 22).

Una vieja dicotomía (salud / social) con nuevos organismos en disputa

Como en los gobiernos democráticos precedentes (post dictadura), las normas aprobadas en este período proponían la participación de diversos sectores del Estado y de la sociedad civil. Esto no evitó que se registraran tensiones y frecuentes variaciones entre los organismos a cargo. Algunos planes, programas y/o proyectos, implementados a través de la creación de planes, consejos consultivos e institutos, se mantuvieron por breves períodos, sustituyéndose por otros que no suponían variaciones significativas con las propuestas que derogaban.

Las normativas aprobadas fueron diversas, abarcando desde disposiciones de carácter universal dirigidas a la Población Adulta Mayor, a la atención focalizada de los sectores institucionalizados en establecimientos, tanto de la esfera pública como privada. Las “estrategias políticas” que buscaron “reformular el viejo sistema de protección, fueron sumamente heterogéneas, más precisamente un mix entre la tradición y la innovación” (Midaglia, 2009, p. 89).

En el año 2004, previo al cambio de gobierno, se había aprobado la **Ley “Promoción integral de los adultos mayores”**. La misma expresaba que se debía “estructurar un Plan Nacional²⁶⁵ que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor” (Artículo 3 - Ley 17.796) con el objetivo de lograr su “promoción integral”, de acuerdo a las potestades atribuidas al Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública, por la Ley 17.066

²⁶⁵ Más tarde se opinaría sobre el Programa Nacional del Adulto Mayor: La cobertura nacional del PRONAM se facilita a través de una adecuada coordinación de los recursos existentes humanos, financieros y de infraestructura, regulada por convenios, del sector público entre sí y con privados, a nivel nacional, departamental y local, con participación de los adultos mayores a través de sus organizaciones (Margarita Percovich, Miembro Informante; Enrique Antía [Enrique Antía (Nacido en 1949). Ingeniero Agrónomo. Político perteneciente al Partido Nacional. Electo edil por Maldonado en las elecciones de 1984. Electo Intendente de Maldonado en el período (2000 - 2005). Electo senador en el período (2005 - 2010). Electo Intendente de Maldonado para el período (2015 - 2020)], Alberto Cid, Luis Rosadilla. Cámara De Senadores. Comisión de Salud Pública. Sala de la Comisión, a 8 de mayo de 2007, p. 22).

(dispuesto en el Artículo 1 - Ley 17.066). Se llevaría a cabo a través de un grupo de trabajo con la participación pública (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y “organismos del Estado que tengan injerencia”) y de entidades privadas de protección a la vejez (Repartido 675, Cámara de Senadores, 2003).

La Senadora Percovich²⁶⁶ planteaba en su intervención que el Plan Nacional propuesto por esta ley, debió cumplirse a través del INASAM (Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor), pero en su opinión, lo actuado había quedado acotado al área de la salud. Agregaba sobre el tema:

Creemos que el Estado debería crear, como lo ha hecho para otros sectores sociales, un instituto encargado de coordinar las áreas sanitaria, de trabajo, de educación, Banco de Previsión Social, etcétera, que son todos aspectos que un plan nacional de defensa de los derechos del adulto mayor debe implicar y, por lo tanto, deben ser coordinados a un nivel donde todos los otros organismos ejecutores del Estado lo puedan implementar” (Percovich, 2004, Diario de Sesiones Representantes, 30ª Sesión, p. 36).

Esta iniciativa fue derogada cinco años más tarde (2009). Con la **Ley 18.617** se creaba el **Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM)** que tomaba todas las competencias del Programa Nacional del Adulto Mayor. El establecimiento del nuevo instituto se convertiría en un **escenario de disputa²⁶⁷ entre las perspectivas social y médica, representadas en este período por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud Pública**. La puja se dio a pesar de que la ley (al igual que la derogada del año 2004) buscaba transversalizar las políticas públicas dirigidas al sector coordinando los recursos de los distintos ámbitos.

El término «coordinar» se puede definir como el hecho de disponer metódicamente de una serie de elementos mediante los cuales se logre concertar medios y esfuerzos que conlleven a una acción común. En el ámbito de las políticas sociales, se trata de alinear y

²⁶⁶ **Margarita Percovich** (Nacida en 1941) Fundadora del Partido Frente Amplio. Militante feminista fundadora del Plenario de Mujeres del Uruguay. Electa diputada en las elecciones de 1989, renunció a su banca para ocupar el cargo de Edila del Departamento de Montevideo el que desempeñó durante el período (1990 - 2000). Electa diputada en el período (2000 - 2010), asumió en 2005 como Senadora suplente cargo que ejerció durante el período (2005 - 2010).

²⁶⁷ En el análisis realizado en la Comisión, se toma en cuenta el “contexto normativo” vigente, haciendo referencia a la injerencia del Ministerio de Salud Pública (Programa Nacional de Solidaridad del Adulto Mayor) y “la Dirección Nacional de Promoción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social es designado por mandato legal para fiscalizar estos establecimientos” (Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 4)

conectar actores y recursos para la obtención de una meta común. Este proceso se presenta en oposición a un sistema fragmentado de protección social, compuesto de elementos que funcionan de manera independiente y sin conexión con los demás (Midaglia, et. al, 2014, p. 3).

Las disposiciones del proyecto presentado daban cuenta de la intencionalidad del legislador al respecto. Entre las competencias del nuevo Instituto se encontraban: la promoción integral de las personas mayores de 65 años que residieran en el país con independencia de su nacionalidad; “la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas al adulto mayor”; la coordinación y co-ejecución de las políticas con actores públicos y privados y la firma de convenios internacionales de cooperación técnica y financiera; “el asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994” y la elaboración de un Plan Nacional de Promoción (Artículo 2 - Ley 18.617).

Para llevar adelante dichas competencias, se establecía la creación de un “Consejo Consultivo”, el cual estaría integrado por representantes del Estado Nacional y Departamental (Ministerio de Salud Pública, Banco de Previsión Social y el Congreso de Intendentes), la Facultad de Medicina (Cátedra de Geriatria) y “hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales” (Artículo 3 - Ley 18.617). El Instituto sería presidido “por un Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema” (Artículo 1 - Ley 18.617).

En la fundamentación se alegaba además la importancia de la integración en el directorio de la Cátedra de Geriatria y del Banco de Previsión Social en reconocimiento del trabajo realizado. Decía “a nuestro juicio, ha hecho un intenso y muy buen trabajo en el área de control de los 89 hogares de ancianos sin fines de lucro que funcionan en nuestro país y, por esa razón, tendría que estar representado” (Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 9).

El proyecto de ley contó nuevamente con el consenso de los miembros de la Comisión²⁶⁸ y “recibió los aportes de todos los Senadores y Senadoras preocupadas por dar cumplimiento a una necesidad que el país requiere por sus particulares características demográficas” (Comisión De Salud Pública, Carpetas N° 100/2005 526/2006, Distribuido N° 1634, Instituto Nacional de la Ancianidad, Versión Taquigráfica de la Sesión del Día 8 de Mayo de 2007, p. 21).

Más allá de los acuerdos alcanzados sobre la interinstitucionalidad, la propuesta de que el **Instituto Nacional del Adulto Mayor se ubicase dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública** generó debate. La Senadora Percovich expresaba al respecto: “La pregunta fundamental que queremos formular al señor Senador es por qué se vuelve a ubicar al instituto dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública, cuando los derechos de los adultos mayores son mucho más amplios” (Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 9). En respuesta, el Senador Lara²⁶⁹ ponía de manifiesto una serie de situaciones que daban cuenta de las dimensiones y dificultades identificadas por quienes investigaban la temática en esos años. Decía con respecto al Ministerio de Salud Pública y a la situación encontrada:

Pensamos que **esta Cartera tendría que regular el funcionamiento de las 3.200 casas de salud que están registradas, cosa que no se hace**. Estas casas están clasificadas en cuatro categorías, pero lo que sucede es que se le cobra al jubilado por una categoría y después se le ofrece otra. Entonces, la mayoría han quedado solos. Los que venimos recorriendo, desde hace mucho tiempo, las casas de salud no sabemos si los viejos -en el buen sentido de la palabra- están vivos o muertos (Lara, Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 9).

La incorporación en el debate de la población residente en los espacios comunitarios (fuera de las instituciones) aportó una nueva perspectiva que movió el eje hacia el área social. Se fundamentaba al respecto que la mayoría de los Adultos Mayores era una población autoválida, por lo cual el énfasis de la acción debía dirigirse a garantizar su calidad de vida, particularmente “el desempeño de roles significativos y la participación

²⁶⁸Cámara De Senadores, Comisión de Salud Pública, ACTA N° 64, el día ocho de mayo del año dos mil siete, a la hora doce y cincuenta minutos, se reúne la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores.

²⁶⁹**Julio César Lara Gilene** (Nacido en 1953). Político perteneciente al Partido Nacional. Electo diputado durante el período (1995 - 2005) y senador en el período (2005 - 2010).

en la vida cotidiana como ciudadanos de pleno derecho” (Comisión de Salud Pública, Carpetas N°100/2005, 526/2006, Distribuido N° 1634, Instituto Nacional de la Ancianidad, Versión Taquigráfica de la Sesión del día 8 de Mayo de 2007, p. 22).

En base a dichas fundamentaciones, se proponía sacarlo del ámbito del “Ministerio de Salud Pública atendiendo a las demandas de los adultos mayores, porque éstos no son enfermos (...) y de dejar intacta la ley que asigna al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad y control de las casas de salud” (Percovich, Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, p. 12).

Para el cumplimiento de la responsabilidad asignada al Ministerio de Salud Pública, se proponía brindar apoyo estableciendo los parámetros para llevar el control sobre “las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la Ley 17.066, de 24 de diciembre de 1998” (Artículo 4 - [3] - Ley N° 18.617).

Finalmente, luego de una serie de debates, **el INAM** quedó en la órbita del **Ministerio de Desarrollo Social**, bajo el fundamento de que cumplía iguales funciones con otros grupos de población (infancia, mujer).

Antes de presentar el segundo escenario de disputa entre estos dos sectores del Estado, cabe realizar algunas apreciaciones con relación al proceso que involucró la creación del INAM.

Al igual que en las leyes anteriores, y en las siguientes aprobadas en este período, la iniciativa provino de los sectores políticos con representación parlamentaria, ocupando la geriatría y los expertos un lugar central en el diseño de las políticas y su implementación. Como resultado, las propuestas se basaron en una fundamentación “supuestamente ‘objetiva’, ‘técnica’, y en clave ‘neutral’ para abordar las situaciones de vulnerabilidad social planteada en el país” (Midaglia, 2009, p. 100). Esta modalidad se sostuvo más allá de los cambios implementados a nivel de gobierno.

Con respecto al espacio previsto en la norma para la participación social, y a pesar del estado público que con frecuencia tomaron situaciones de establecimientos en los medios

masivos de comunicación, no se generaron corrientes de opinión que colocaran el tema en debate. Como resultado, es notoria la ausencia de “procesos sociopolíticos y culturales de la sociedad civil” con relación a la institucionalización de la vejez que configurase “un universo de fuerzas sociales en conflicto” (Gohn, 1997, p. 245). Lo anterior toma mayor significación si se lo compara con los movimientos que desde otras áreas colocaron reivindicaciones en la agenda pública del país, una vez finalizada la dictadura (ej.: género, juventud, infancia, vivienda, seguridad, educación).

La capacidad reivindicativa de este sector de población resulta afectada por más de un factor. Si bien podría suponerse que presentan “intereses en común”, sus integrantes carecen de una identidad colectiva forjada en la vida comunitaria, o como dice Gohn: “amalgamada por la fuerza del principio de solidaridad y construida a partir de la base referencial de valores culturales y políticos compartidos por el grupo, en espacios colectivos no institucionalizados” (Gohn, 1997, p. 251).

Un segundo factor a considerar vinculado a la capacidad de presión, es la situación de institucionalización. El control, compartimentación y encierro que la caracterizan comprometen las posibilidades de entablar “conflictos y disputas vivenciados por el grupo” y en consecuencia, de llevar adelante “acciones sociopolíticas” dentro de “un campo de fuerza social” (Gohn, 1997, p. 251).

Otro aspecto del debate de la ley del INAM que cabe mencionar, es la consideración dada a la opinión de los Adultos Mayores en las fundamentaciones. La presencia e incidencia en el contenido de la norma (depender del Ministerio de Desarrollo Social y no del Ministerio de Salud Pública), los ubica como un “actor social” que, en contraste a la población institucionalizada, se organiza en relación a las políticas de Estado que lo involucra, con “capacidad reivindicativa, de protesta o de movilización” (Mirza, 2014, p. 109).

En el mismo sentido, es significativo que tanto estos representantes de la sociedad civil como los legisladores, establezcan una diferencia entre las personas que viven en comunidad como “ciudadanos de pleno derecho” (que por tanto debían de quedar en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social) y los “enfermos” de las “casas de salud” que sí quedarían bajo la regulación del Ministerio de Salud Pública. Con respecto a estos

últimos, no se buscaron mecanismos de consulta que aportaran al diseño de la política. La ausencia de la voz de los afectados por las resoluciones tomadas comprometen su implementación ya que, en la “búsqueda de una política”, si se consideran “no sólo los políticos y burócratas, sino también los grupos de interés que representan aquellas personas que pueden afectar a una política, entonces puede haber menos problemas de aplicación una vez que la política es transferida” (Dolowitz y Marsh, 2000, p. 4).

Se infiere de lo anterior que el sector organizado no institucionalizado, si bien pertenece al mismo grupo etario, no representa a los “otros” que residen en instituciones y que parecieran no tener los mismos derechos. Las expresiones vertidas por representantes de la Asociación de Jubilados y Pensionistas, permite presumir que no representan una corriente de opinión sobre la temática de la institucionalización, ni tienen acumulación de masa crítica con relación a los hogares para ancianos. Esto se corresponde a una construcción colectiva sobre la figura institucionalizada, vinculada a los enfermos (anormales) que deben ser controlados por especialistas (saber médico). Dice Topalov que las “representaciones del otro son inseparables de las técnicas de acción sobre el prójimo”, y en consecuencia, las “categorías que permiten pensar la realidad social, y las prácticas destinadas a modificarla (saberes y poderes), forman un sistema como un todo” (Topalov, 2004, p. 52).

Un último aspecto llamativo del debate es la intervención realizada por Julio César Lara, quien, como parte de su fundamentación alude a tres componentes: el número de residenciales, la falta de control y la denuncia sobre la situación de personas internadas de las que expresa “no sabemos si los viejos (...) están vivos o muertos”. Este discurso guarda una importante similitud con otros realizados una década antes y que fundamentaron la aprobación de la ley de “Hogares de ancianos” y el control estatal de las mismas, además de que denuncia un número de establecimientos (3.200) muy superior al declarado luego por los organismos competentes.

Un **segundo escenario de disputa entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud Pública** reeditó en este período las discrepancias sobre las competencias de cada organismo con respecto a la institucionalización de la vejez. A pesar de todos los debates acumulados hasta entonces y de lo dispuesto por la ley vigente (1998), las potestades sobre la institucionalización fueron dirimidas por una ley de

presupuesto. En el año 2013, la **Ley N° 19.149 (Artículo 298)** disoció la regulación de los residenciales en sus dimensiones sanitaria y social, otorgándole cada competencia a un ministerio distinto. El Ministerio de Salud Pública, mantuvo “las competencias y rectoría en materia de salud” y se transfirió al Ministerio de Desarrollo Social las competencias de "regulación, habilitación y fiscalización de los establecimientos que ofrezcan en forma permanente o transitoria servicios de cuidados a adultos mayores con dependencia o autoválidos, que la Ley 17.066, de 24 de diciembre de 1998 y sus normas reglamentarias le atribuyen al Inciso 12 - "Ministerio de Salud Pública" (Artículo 298 - Ley 19.149).

Apoyando lo dispuesto (Artículo 298 - Ley 19.149), un año más tarde se aprobó el **Decreto 265-014**²⁷⁰ que establecía dos nóminas de registro: el Ministerio de Salud Pública llevaría un Registro Nacional de establecimientos administrados por organismos públicos (Artículo 10) y el Ministerio de Desarrollo Social llevaría un Registro Nacional de establecimientos privados (Artículo 14). A su vez, esta normativa sería implementada por la **Ordenanza 665/015 del MSP**²⁷¹ la que planteaba los “procedimientos inspectivos” (Artículo 1 - Ordenanza 665/015) y la coordinación entre ambos ministerios (Artículo 2 - Ordenanza 665/015).

Las reiteradas disposiciones que buscaban instrumentar la conexión entre los diferentes sectores del Estado, daban cuenta de las dificultades percibidas en la coordinación de acuerdo a las competencias específicas de cada uno. Al mismo tiempo y entre otros factores, la falta de asignación de nuevos recursos para hacerlas efectivas comprometió el alcance de los cometidos. “Esta forma de planificación social se vincula también definitivamente al problema estatal interno de equilibrar exigencias institucionalizadas y de los medios financieros e institucionales para satisfacerlas” (Offe, 1990, p. 14).

La ineficacia de estas disposiciones estuvo representada en su breve alcance, siendo nuevamente modificadas por una ley de presupuesto. En el año 2015, el Artículo **517 de**

²⁷⁰ Deroga los decretos 320/999 y 88/010.

²⁷¹ Ordenanza 665 del Ministerio de Salud Pública: “Apruébese el Manual de procedimientos inspectivos de Establecimientos que alojan a Adultos Mayores, el cual se adjunta como Anexo y forma parte integral de la presente Ordenanza” (Artículo 1) y “Establécese que en los casos en que corresponda, con el visto bueno de la Dirección General de la Salud, se comunicará la conformidad sanitaria al Ministerio de Desarrollo Social mediante oficio que se remitirá a dicha Secretaría de Estado con copia del respectivo informe de inspección” (Artículo 2).

la **Ley de Presupuesto 19.355**, derogó el artículo 298 de la Ley 19.149, devolviendo la competencia de supervisión de los establecimientos al Ministerio de Salud Pública. A continuación, el Artículo 518 de la misma ley, le asignaba al Ministerio de Desarrollo Social “las competencias de regulación y fiscalización en materia social respecto de los establecimientos que ofrezcan en forma permanente o transitoria servicios de cuidados a adultos mayores con dependencia o autoválidos” (Artículo 518 - Ley 19.355).

Esta variación se puede fundamentar en parte por el hecho de que, al igual que ocurre con otros mecanismos por los que se delega la instrumentación de “nuevas responsabilidades relacionadas con el área social” a ciertos sectores del Estado, éstos no cuentan con las “capacidades organizacionales, experiencia y grupos de expertos propios para la conducción de este tipo de actividades, ya que las mismas no se corresponden con sus funciones clásicas y habituales” (Midaglia, 2009, p. 98).

En el nuevo marco de distribución de funciones y co-responsabilidad de distintos organismos estatales, se aprobó una nueva reglamentación de acuerdo a si la materia de regulación correspondía al área social o de la salud. En el año 2016, el Capítulo II del **Decreto 356/016** dispuso que el Ministerio de Salud Pública mantenía las competencias de “regular”, “habilitar”, “fiscalizar” los establecimientos y “evaluar el cumplimiento de las condiciones sanitarias exigibles de acuerdo a la ley 17.066” (Artículo 5 - Decreto 356/016). Paralelamente, se determinaron como competencias del Ministerio de Desarrollo Social “regular y fiscalizar, en materia social”, así como emitir “el certificado Social” y fiscalizar “el respeto de los derechos de los usuarios, el cumplimiento del proyecto de centro, el tipo y ratio de los recursos humanos con excepción de lo relativo al Director Técnico y al titular del establecimiento” (Artículo 6 - Decreto 356/016). Por su parte, a la Secretaría Nacional de Cuidados que opera en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social (ver Ley 19.353 - Artículo 15) se le asignó la responsabilidad de “validar las competencias de las personas que trabajan en los establecimientos” y “regular, establecer criterios de calidad e inscribir a los establecimientos en el Registro Nacional de Cuidados” (Artículo 6 - Decreto 356/016).

En mayo de 2017, el Ministerio de Salud Pública aprobó una **Ordenanza 483/017** que revocó la **Ordenanza 665/015**. Dice la nueva normativa que, atendiendo a las leyes y decretos vigentes, se establecen como obligatorios los siguientes documentos:

“consentimiento informado para ingreso voluntario a un establecimiento para personas adultas mayores”, “ficha de usuario/residente”, “manual de procedimientos administrativos e inspectivos en referencia a establecimientos que alojan personas adultas mayores” y “conjunto mínimo de datos del usuario/residente”, teniendo este último un año de plazo para empezar a exigirse.

Distintos factores colaboraron en debilitar el rol Estado en la implementación de la ley del año 1998. La dificultad de cooperación entre distintos organismos estatales afectó en la operativa el trabajo en conjunto, el traspaso de información y la coordinación de recursos ya de por sí escasos para esta área. La reedición de la histórica tensión entre las áreas social y sanitaria, repercutió en el desarrollo de un plan estratégico que involucrara a ambos sectores, derivando en una frecuente fluctuación de potestades entre ambos ministerios. Se suma a lo anterior la ausencia de una fuerza social representativa de la población institucionalizada, interlocutora del Estado en la materia, con capacidad de presión, que pudiese realizar un seguimiento de la implementación de la política dispuesta.

El control sobre los establecimientos

La debilidad del control estatal sobre los establecimientos aparece como una constante a lo largo de todo el período, habilitando a que la “mano invisible” del mercado pautara la regulación. Esta situación es expresada en los discursos de los parlamentarios, pero fundamentalmente, se evidencia a través de los contenidos de las sucesivas normativas que modifican a los responsables, la frecuencia, las exigencias y los mecanismos para llevar adelante el control²⁷². Las constantes variaciones dan cuenta de las dificultades para concretar políticas en esta temática que tengan “la capacidad de asignar (imponer) identidades o posiciones a segmentos de población respecto de los cuales actúan”, desdibujándose por tanto “los atributos del reconocimiento de la autoridad estatal” (Danani, 2013, p. 95).

²⁷² La frecuencia de las inspecciones volvió a modificarse, especificándose un plazo no mayor a un año, “sin noticia previa” (Artículo 15, Decreto 356/016).

Como lo anticiparan los legisladores durante el debate parlamentario de la Ley 17.066, los costos necesarios para cumplir con las exigencias establecidas a los establecimientos ponía en cuestión la viabilidad de su aplicación, pudiendo esto explicar en parte que mayoritariamente no se presenten las condiciones para la habilitación.

Hay un segundo aspecto que coadyuva al anterior y refiere a los recursos del Estado para cumplir su rol. Por un lado “se registran falencias en el campo de la **supervisión pública profesional** asociadas a la escasez de cuadros funcionales para cubrir el territorio nacional” (Midaglia, 2009, p. 97), y por el otro se “presentan ciertos déficits institucionales, especialmente en materia de regulación pública, producto de un débil fortalecimiento de las capacidades institucionales existentes” (Midaglia, 2009, p. 89).

Un tercer elemento que podría colaborar con las dificultades para hacer efectivo el control y la capacidad de presión por parte del Estado en el cumplimiento de las disposiciones, es la ausencia de “estrategias de acción sustitutivas” para “la población beneficiaria” frente a la aplicación de sanciones previstas por la ley que involucren el cierre de los establecimientos (Midaglia, 2009, p. 97).

Las dificultades estatales para cumplir su rol se expresaban en el debate de la Ley 17.796, reiterándose la necesidad de realizar un “contralor adecuado” de la “internación en casas especializadas” para asegurar los derechos de los residentes. Expresaban que la “Ley No. 17.066 ya se ha ocupado del tema”, por lo cual el “Plan Nacional a crearse deberá complementar la legislación existente estableciendo mecanismos regulares de contralor a fin de evitar abusos o deterioros de la calidad de tales servicios” (Singer, 2001, Cámara de Senadores, Comisión de Salud Pública, p. 6).

Si bien los recursos y el cumplimiento de las disposiciones en los Residenciales representaban preocupación central dentro del debate, lo que estaba en cuestión era todo el sistema de salud dirigido al sector. Una carta enviada por el Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla, al Senador Juan Adolfo Singer²⁷³ hacía referencia a este tema y a las dificultades del Estado para dar respuestas:

²⁷³ **Juan Adolfo Singer** (Nacido en 1935). Político perteneciente al Partido Colorado. Electo edil por Montevideo en el período (1958 - 1962). Electo diputado en el período (1967 - 1971). Electo senador en las elecciones de 1971. Electo senador en el período (1985 - 1990). Electo diputado en el período (1990 -

El viejo modelo de atención que aún rige en nuestro país, se basa en la enfermedad médica aguda, fue pensada en otra realidad demográfica y epidemiológica y no puede encarar en forma satisfactoria la atención integral del anciano (...) Estas insuficiencias y ausencias de servicios intermedios explican que en los últimos 10 años se haya triplicado el número de ancianos alojados en residencias y hogares. Estos últimos son motivo de real preocupación para este Ministerio: existen estándares de calidad asistencial disímiles y el MSP ha carecido de un control y fiscalización eficiente al no poseerse un sistema de información que nos permita localizar, seguir, controlar y caracterizar estos alojamientos (Bonilla, Diario de Sesiones Cámara Senadores, 2003, Tomo 418, p. 25).

La temática de los **servicios de inserción familiar** como alternativas a la institucionalización fue retomada en el marco de la Ley que creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (2009). Argumentaba el Senador Alberto Cid:

Se trataría de una experiencia relevante si se desarrollara con firmeza en el país para no hacinar ancianos con ancianos. De lo que se trataría, entonces, es de insertarlos en un ámbito familiar que permita, de alguna manera, recrear algo que en el país se ha ido perdiendo y que es la imagen de ese abuelo que, por ejemplo, cumple el rol de acompañante de los niños, que controla cuando ellos vuelven de la escuela, etcétera (Comisión de Salud Pública, Carpetas N° 100/2005 526/2006, Distribuido N° 1634, Instituto Nacional de la Ancianidad, Versión Taquigráfica de la Sesión del Día 8 de Mayo de 2007).

Cinco años más tarde, el **Decreto 265/014** hacía referencia a los centros diurnos, los refugios nocturnos y los servicios de inserción familiar. Especificaba requisitos para los centros diurnos y los refugios nocturnos (planta física y servicios) y detallaba condiciones mínimas previas para la habilitación a los servicios de inserción familiar.

Los criterios para la planta física eran similares a los planteados en las instituciones en cuanto a la iluminación, espacio, barreras arquitectónicas, calefacción, etc. A diferencia de otras normativas que habían tratado el tema, se solicitaba la identidad de los integrantes

2000). Fue presidente de la Cámara de Representantes en el año 1991. Electo senador en el período (2000 - 2005). Fue presidente del Parlamento Latinoamericano.

del grupo familiar, pero ya no se hablaba de la moralidad de los mismos. Se detallaban las obligaciones del responsable del grupo familiar entre las que se encontraban llevar registros de: los datos personales de los alojados incluidos el contacto de familiares y amigos, las indicaciones de medicación, altas, controles y visitas de emergencia.

La “atemporalidad” de algunos discursos parlamentarios (particularmente de Lara y Cid en 2009) resulta un hecho a destacar. Se reiteran las mismas apreciaciones y propuestas de una década atrás (debate de la Ley 17.066) sin considerar las dificultades registradas para su implementación en el tiempo transcurrido, ni evaluar posibles acciones que modifiquen la situación. La información del censo realizado por el Ministerio de Desarrollo Social (INMAYORES - 2016) indica que, dieciocho años después de aprobada la disposiciones sobre la “inserción familiar” de Personas Mayores (1998), se contabilizaban sólo 34 experiencias funcionando en todo el país.

La debilidad en el desarrollo de propuestas alternativas a la institucionalización (inserción familiar, centros diurnos u otras) limita las posibilidades de que las Personas Mayores con necesidades de cuidados y/o inserción social encuentren satisfactores que den respuestas a sus situaciones particulares. Esta limitante no es inherente a la persona sino al colectivo social, en tanto si bien “el sujeto no es libre de elegir sus necesidades”, debiera de ser “libre de satisfacerlas”, manteniendo la posibilidad de sostener una modalidad de vida que se encuentra en buena medida “condicionada por una particular forma de funcionamiento de la sociedad” (Rozas, 1998, p. 26).

Un último aspecto a señalar con relación al contenido de las normativas y de los discursos de los actores políticos, es que evidencian el reconocimiento del problema de cuidados en esta franja etaria, aunque luego esto no se traduzca necesariamente en la implementación de soluciones. A pesar de las limitaciones constatadas para el ejercicio del rol estatal, dichas dificultades no son privativas de esta temática. Los “procesos político-institucionales y organizativos relativos a la toma de decisiones sobre la identificación de los problemas, escalonamiento de prioridades y diseño de estrategias, así como la asignación de recursos y medios necesarios al cumplimiento de metas” son algunos de los aspectos que tornan complejo el proceso de implementación de respuestas desde las políticas públicas a las demandas sociales (Fleury, 2000, p. 5).

Los nuevos derechos de las Personas Adultas Mayores

La vulneración de los derechos de los residentes aparece en un vínculo estrecho con las debilidades del Estado expresadas en las múltiples disposiciones, clasificaciones, sectores a cargo y la ausencia de control. Si bien los **derechos** fueron mencionados por primera vez en el decreto del año 1984, el contenido y desarrollo de las sucesivas normativas al respecto en este período²⁷⁴ son evidencia de la dificultad percibida para su cumplimiento.

En el siglo XXI, empezaron a promulgarse en Uruguay normativas referidas a derechos que abarcaban a todas las Personas Adultas Mayores, en adhesión a declaraciones internacionales²⁷⁵. Los contenidos de las disposiciones contemplaron cada vez más aspectos de la vida del sujeto (en el marco institucional y comunitario) y en algunas oportunidades, comenzaron a tomar en cuenta la opinión de algunos sectores de este grupo etario.

Un primer aspecto a destacar en este período, es el cambio de orientación que las disposiciones aprobadas tuvieron con respecto a las etapas precedentes. Comenzó a primar un enfoque “basado en derechos”, reconociendo la situación de exclusión de personas “titulares de derechos que obligan al Estado”. Se modificaba de esta forma “la lógica de los procesos de elaboración de políticas”, tendiendo a que el punto de partida no fuera la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino de sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas (Abramovich, 2006, p. 36).

Cuando en el año 2004 se aprobó por unanimidad la **Ley 17.796 de Promoción Integral de los Adultos Mayores**, el Senador Juan Adolfo Singer expresaba como propósito de la normativa “la creación de un marco legal que globalice el derecho de estos adultos a

²⁷⁴ Para revisar este tema se consideraron reglamentaciones ya manejadas para el análisis de otros ejes en este documento, retomándose aspectos referidos a los derechos y a los recursos humanos responsables de los mismos. Las normativas estudiadas sobre esta temática fueron las siguientes: Ley 17.796 (2004), Resolución 572/04 (2004), Decreto 265/014 (2014), Declaración de Derechos de los residentes por parte de INMAYORES del Ministerio de Desarrollo Social (2014), Ley 19.353 (2015), Decreto 356/016 (2016), Decreto 265-014 (2014) y Decreto 356/016 (2016).

²⁷⁵ Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994.

permanecer integrados en la sociedad, sin discriminaciones, promoviendo su efectiva participación en la vida de la comunidad, tanto en el plano social como en el económico” (Singer, Cámara De Senadores, 2001, Comisión De Salud Pública, Exposición de motivos, p. 5).

En este marco, las nuevas disposiciones buscaban la integración activa de la Persona Adulta Mayor en la sociedad. Se proponía el acceso a diversos servicios que garantizaran una mejora en sus condiciones de vida y el bienestar en múltiples esferas: salud, educación, integración social, vivienda, alimentación, abrigo, esparcimiento, asesoramiento, protección legal, transporte, comunicaciones y seguridad social.

La Sociedad Uruguaya de Geriátrica y Gerontología convocada a dar su opinión al respecto²⁷⁶, denunciaba la vulneración de derechos del Adulto Mayor a través de normas discriminatorias, entendiendo que las mismas “no tienen ningún fundamento científico”²⁷⁷. Apoyaban este proyecto de ley, argumentando la importancia de que se detallaran los derechos de los Adultos Mayores para “que tengan valor de ley y no simplemente de declaración, a los efectos de que no estén a la buena de Dios o de jerarcas de turno de distintas Administraciones” (Botta, 2004, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, p. 1).

Los parámetros de “protección o desprotección social” mencionados (el acceso a bienes y servicios, las limitaciones al Fondo Nacional de Recursos por la edad), expresaban “los sentidos socialmente producidos en el curso de los debates públicos”. Estos sentidos se deben traducir en “los aspectos operativos” de las políticas, involucrando al propio Estado en tanto forman parte de los “ordenamientos simbólicos” y de “las relaciones que las sustentan” (Danani, 2013, p. 92).

Dentro de los aspectos operativos planteados en pro de asegurar los derechos²⁷⁸, se consideró la **capacitación de recursos humanos**. Se fundamentaba al respecto: “Sólo

²⁷⁶ Recibida por la Comisión para opinar sobre el tema el 13 de abril del 2004.

²⁷⁷ Estaban haciendo referencia a las limitaciones por la edad en el Fondo Nacional de Recursos.

²⁷⁸ Para llevar adelante el Plan se expusieron una serie de medidas. Una proponía incluir la temática del Adulto Mayor en los planes de estudio de las tres ramas de la enseñanza. Se esperaba así contemplar la totalidad de las áreas que involucraban la vida de un individuo, evitando que el proyecto quedase restringido al área de la salud como en otras oportunidades. Otra de las propuestas tendiente a garantizar los derechos, era la creación de “institutos especializados”. Se buscaba que pudieran junto con otros integrantes de la sociedad y sin apartarse de su espacio familiar, desarrollar actividades “sociales, recreativas o vocacionales,

con personal adecuadamente capacitado en las técnicas más modernas de prevención y atención precoz de la salud de los adultos mayores se podrán lograr condiciones de vida sanitariamente adecuadas para quienes se vayan incorporando a esa franja etaria” (Singer, 2001, Cámara De Senadores, Comisión de Salud Pública, Exposición de motivos, p. 6).

Con relación al Plan Nacional de la Ley 17.796, otro elemento a destacar es la propuesta de **atención integral de salud de las Personas Mayores**, que abarcaba el ámbito público y privado con “la misma calidad y con las mismas garantías de que goza todo el resto de la población” (Singer, 2001, Cámara de Senadores, Exposición de Motivos). Esta nivelación planteada a nivel de la ciudadanía presenta un “valor político” en tanto “principio ético”, ya que “la igualdad implica el reconocimiento de una paridad ontológica de todos los seres humanos, simplemente en virtud de eso: en virtud de su humanidad” (Danani, 2008, pp. 40 - 41).

En vista de alcanzar estos propósitos, se buscó establecer dispositivos que evitaran incluso los períodos breves de internación, **entendiendo ahora como un derecho la atención en el ámbito familiar y doméstico**. La Exposición de motivos expresaba la preocupación por los impactos que los procesos de internación en instituciones de salud tenían sobre este grupo etario. Para ello, se proponía “establecer condiciones que reduzcan al mínimo la necesidad de desvincularse - aun transitoriamente - de la vida familiar, debiendo los períodos de hospitalización reducirse a los mínimos indispensables” (Singer, 2001, Cámara De Senadores, Comisión De Salud Pública, Exposición de motivos, p. 6).

A modo de instrumentar lo dispuesto, se entendió que se debían “crear sistemas de asistencia domiciliaria, cuyo efecto será mantener el arraigo del adulto mayor en el núcleo familiar en que siempre ha vivido, evitándole cambios traumáticos de condiciones de vida toda vez que enferma” (Singer, 2001, Cámara De Senadores, Comisión De Salud Pública, Exposición de motivos, p. 6). La propuesta incluía los ejes de la prevención, la asistencia y la rehabilitación. El texto del proyecto decía: “En esta materia, deberá seguirse el modelo de "cuidados progresivos" privilegiando la atención con base comunitaria, creando alternativas a la hospitalización y generando, además, condiciones que permitan,

que lo alejen del pernicioso ocio a que puede llegar a inducirlos la soledad” (Singer, 2001, Cámara De Senadores, Comisión de Salud Pública, Exposición de motivos, p. 7).

cuando fuere posible, que la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar” (Artículo 5 - Ley 17.796).

A partir de este nuevo ordenamiento simbólico (abarcativo del colectivo, no sólo de los residentes en establecimientos), se reconocía una necesidad que por un lado, justifica dar una respuesta a la misma y por otro, legitima la intervención estatal por su rol en la reproducción social al establecer las fronteras entre aquello que es entendido como positivo y negativo (Castaño, 2012).

Sin embargo, si bien evitar o disminuir la institucionalización fue elevado a categoría de derecho, la ausencia de recursos previstos por parte del Estado²⁷⁹ para su implementación limitó la propuesta al plano de “igualdad” sin alcanzar la “equidad”. Esto implica que “el concepto de igualdad sienta el problema, inicialmente, en el plano de los valores, mientras que el de equidad lo hace en el plano de los recursos procedimentales”. Por tanto, si bien “el valor de la igualdad postula el ideal de una sociedad de próximos entre sí”, es un paso necesario que resulta insuficiente ya que “el principio de la equidad”, es lo que lo coloca “en el plano de la distribución (inmediatamente material...) y observa (define, mide) los umbrales, los mínimos, y la ubicación de las personas respecto de ellos” (Danani, 2008, p. 41).

Como resultado de lo expuesto, la ausencia de recursos provenientes del Estado, más allá de la intencionalidad del legislador, sumado al derecho del cuidado en el “ámbito familiar”, volvía a privatizar la protección, en el plano de la “individualización”. Ésta modalidad, “no se trata de cualquier tipo de privatización, sino de la más primaria de sus formas y, en cierto sentido, la más perfecta, pues personaliza el principio de la protección, y sobre ese principio ella se organiza material y simbólicamente” (Danani, 2008, p. 45).

²⁷⁹ Nuñez plantea la excepción a esta norma dirigida a los establecimientos privados sin fines de lucro. A partir de la ley 15.800 (1986) se habilitó el trabajo privado con apoyo público “Este sistema de trabajo integró a diferentes formas de organización tales como las de carácter religioso (cristiano, evangelista, otros); de la propia comunidad (urbano, sub urbano y rural), de las diferentes etnias en el país (españolas, italianas, judías, entre otras), permitiendo orientar la temática a favor del bienestar de las personas mayores y consolidar una red para amparar su desarrollo, sostenimiento y permanencia” (Nuñez, 2008, p. 164).

Será recién en el año 2015, con la aprobación de la **Ley 19.353 del Sistema Nacional Integrado de Cuidados**²⁸⁰ (SNIC), que se establecieron nuevos parámetros y recursos sobre los derechos a la asistencia y protección de las Personas Mayores. Decía en su Artículo 2:

La presente ley tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado (Artículo 2 - Ley 19.353).

Se detallaban en su texto derechos y obligaciones de las personas que prestan cuidados y de quienes se encuentran en situación de dependencia diferenciándolos en tres grupos²⁸¹. Uno de estos grupos está representado por “personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria” (Artículo 8 - Ley 19.353).

La normativa presenta las definiciones de: cuidados, sistema de cuidados, autonomía, dependencia, a la vez que establece los principios y directrices del SNIC. Dentro de éstos cabe destacar la reafirmación de lo ya dispuesto en la normativa anterior; en el literal F) se proponía: “La permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno donde desarrollan su vida diaria, siempre que sea posible” (Artículo 4 – Literal F - Ley 19.353).

Más allá de lo expresado, sólo con el transcurso del tiempo será posible evaluar el alcance de esta nueva normativa en términos de su implementación, a partir de un “modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado” como prestación alternativa a la institucionalización y su impacto en la misma.

²⁸⁰ El texto de la ley explicita sobre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados una serie de aspectos: sus objetivos, la estructura institucional, su integración (La Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados y el Comité Consultivo de Cuidados), y las competencias de sus integrantes. Con respecto al Comité Consultivo de Cuidados cabe destacar su integración: “delegados del PIT-CNT, de la sociedad civil organizada a través de organizaciones representativas en el ámbito del contenido de la ley, del sector académico especializado y de las entidades privadas que prestan servicios de cuidados” (Artículo 18).

²⁸¹ Los otros dos grupos están compuestos por: niñas y niños de hasta doce años y personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

Los derechos de las Personas Adultas Mayores institucionalizadas

La cantidad y el contenido de las disposiciones aprobadas en referencia a los derechos de las personas institucionalizadas luego de la puesta en vigencia de la Ley de “Hogares de ancianos”, también son indicativas de las dificultades percibidas para su implementación.

Como se planteó anteriormente, el **reconocimiento general de derechos hacia la Población Adulta Mayor caracterizó este período**. Fue cuestionada cualquier modalidad de cuidado instrumentada dentro de un marco institucional, en particular, la residencia en establecimientos. A cinco años de haber sido aprobada la Ley “Hogares de ancianos” para regular esta práctica, los representantes parlamentarios continuaban connotándola negativamente, asimilándola a una forma de maltrato y de abandono familiar. Los fundamentos al respecto incluían, como en otras oportunidades, elementos míticos sobre los vínculos familiares de épocas precedentes. Estos discursos cumplían un “papel de operadores homogenizantes” en tanto contenían aspectos “simbólicos de la vida social” que generaban “cohesión” e “integración” entre los parlamentarios (Mitjavila, 1997, p. 84).

Ejemplo de esto es la disertación del Senador Ruben Correa Freitas²⁸² en la que expresaba el “gran respeto” que existía antes hacia los padres y abuelos, en “esa concepción de vida familiar donde los abuelos eran venerados por los nietos y por los hijos, de alguna manera han sido dejados de lado y hoy en día los viejos se han transformado en un estorbo para la sociedad” (Correa, 2003, Comisión De Salud Pública, Ley Promoción Integral de los Adultos Mayores, Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, Tomo 416, p. 3).

Agregaba en otro pasaje de su intervención “Parece que hoy el viejo simplemente molesta y, en consecuencia, lo mejor es tirarlo en un cementerio de vivos, de viejos, para que allí

²⁸² **Ruben Correa Freitas** (Nacido en 1949). Doctor en Derecho y Ciencias Sociales egresado de la UdelaR. Magister en Educación. Director del Instituto Uruguayo de Derecho Constitucional de la Facultad de Derecho (UdelaR). Ocupó la titularidad de la Oficina Nacional del Servicio Civil, 1985 - 1990 y 1990 - 1995. Fue electo senador del Partido Colorado en el período (2000 - 2005).

termine sus días” (Correa, 2003, Comisión De Salud Pública, Ley Promoción Integral de los Adultos Mayores, Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, Tomo 416, p. 4).

De esta forma, al igual que en la ley del año 1998, una imagen del pasado cargada de valoraciones positivas (en oposición al presente) permeó los debates parlamentarios. Este “mito”, fundado a partir de un “conjunto de atributos sintácticos y semánticos”, no sólo es un “privilegiado portador de significaciones sociales”, sino que al mismo tiempo se trata de un “discurso que en función de sus características enunciativas, morfológicas, se cierra sobre sí mismo, resistiendo todo análisis” (Mitjavila, 1997, p. 78). Esta modalidad enunciativa (en cuanto a contenido y forma), le quita el lugar a la construcción del problema en tanto categoría analítica, que requiere una definición y una discusión ideológica con fundamentos teóricos y empíricos.

Además de la Ley Promoción Integral de los Adultos Mayores dirigida a esta franja etaria en general, se aprobaron en el siglo XXI otras cuatro disposiciones que involucraron los derechos de las personas institucionalizadas. Éstas variaron en su especificidad, según estuvieran enfocadas total o parcialmente en el tema, se diferenciaron con respecto a la población a la que se dirigían (sector público y/o privado) y tuvieron distinto alcance (reglamentos internos, decretos, declaraciones). Aun así, todas presentaron en común la especificación de derechos dirigidos a las Personas Adultas Mayores residentes en establecimientos.

El Reglamento interno para Usuarios Residentes de ASSE (2 de julio de 2004 - **Resolución 572/04**) fue la primera normativa con relación al tema aprobada en el período. Sancionada por el Ministerio de Salud Pública, estuvo dirigida a las personas institucionalizadas en el sector público. Además de **derechos y obligaciones** coincidentes con lo visto hasta el momento en la órbita privada²⁸³, estableció otros derechos específicos para los residentes de los establecimientos estatales: “no recibir instrucción religiosa que no sea de su preferencia”, “recibir cuidados, intimidad, respeto y asistencia espiritual si padece una enfermedad terminal”, evitar “el sufrimiento aplicando la atención de salud

²⁸³ Se encuentran entre éstas: comunicación libre con familiares y amigos, uso de teléfono, “despacho y recepción fluida de correspondencia”, “libre acceso y recepción de visitas”, “entrar y salir libremente” de la institución, “trato digno”, respeto a prácticas “culturales y religiosas”, formar y participar de un comité de residentes para comunicarse con la Dirección (también tienen que ser autoválidos) y “privacidad y dignidad” para la higiene y actividades en las que sea dependiente (Artículo 41 - Resolución 572/04).

adecuada en casos terminales, y a que no se lo someta a tratamientos inútiles y/o sirva a procesos de enseñanza / aprendizaje de ningún estudiante”, recibir “ayuda legal” para indicar las preferencias de cuidado cuando no le sea posible decidir por sí mismo²⁸⁴, recibir información sobre sus ingresos (jubilación y pensiones), así como “de sus cuentas de ingreso y gastos en el sistema de Cantina” (Artículo 41- Resolución 572/04).

A diferencia del sector privado, el Artículo 42 de la misma resolución estableció además “**obligaciones y deberes**” para el residente. Entre éstos se detallan: “cooperar y cumplir con las indicaciones y tratamientos consentidos y acordados con el equipo de atención”, colaborar con el cuidado y la higiene de los espacios y bienes de la institución, no fumar en espacios no habilitados para ese fin, no entregar dinero a los funcionarios para realizar tareas comprendidas en el desempeño de sus cargos, informar sobre irregularidades a la “Comisión de Representantes de Residentes”, “no consumir, no ingresar con sustancias alcohólicas y no ingresar alcoholizados a la institución”, “trato respetuoso y recíproco con el personal”, no “ingresar, alimentar o criar animales domésticos en la institución, salvo espacios específicos no asistenciales” que la institución autorizara y “firmar el consentimiento informado de este reglamento” (Artículo 42 - Resolución 572/04).

Finalmente, a partir de estas “obligaciones y deberes”, el Artículo 43 de la mencionada resolución establece cuáles son las **infracciones y sanciones** por su incumplimiento. De acuerdo a lo dispuesto las sanciones pueden ir desde la observación, el apercibimiento, a la expulsión de la institución. Se consideran faltas graves: el “daño y violación de los Derechos de otros residentes”, reiteración de ingreso alcoholizados y “negativa sostenida y reiterada a tratamientos previamente consentidos²⁸⁵ que tuviera probada eficacia en mejorar el estado de salud” (Artículo 43 - Resolución 572/04).

La diferencia de contenido entre las normativas de las instituciones públicas y privadas puede interpretarse como respuesta a las distintas prácticas en ambos sectores. La

²⁸⁴ Estas disposiciones serían luego generalizadas a toda la población por la Ley N° 18.473, de Voluntad Anticipada, Publicada D.O. 21/4/009.

²⁸⁵ La Ley 18.335 de 15 de agosto de 2008. “Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud” dirá que: “El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud” En el Artículo 11 de esta ley se establece “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud”.

mención del ingreso alcoholizado de la calle (y su reiteración como falta grave) en los establecimientos públicos es un ejemplo que da cuenta de la posibilidad de interacción del residente con un entorno extra institucional. Esta regla no sólo no se menciona en los reglamentos que abarcan a los establecimientos privados²⁸⁶, sino que para éstos la falta grave la constituye la “privación de la libre entrada y salida del establecimiento”.

Las obligaciones y sanciones establecidas aportan también a conocer las prácticas de la vida institucional en ambas esferas. En el sector privado los deberes del reglamento interno recaen sobre las instituciones (a excepción del cumplimiento del contrato de pago de los usuarios), mientras que en el del sector público, los deberes se enfocan sobre los residentes. Esto está directamente vinculado al tipo de sanciones previstas: en el ámbito privado se habla de multas y el cierre del establecimiento, mientras que en el público una falta grave puede resultar en la expulsión del residente. El fundamento último de estas diferencias se sustenta en la dimensión simbólica que ordena el “merecimiento” de la política en el sector público y el derecho de un cliente por el pago de un servicio en la relación entre particulares. En la interpretación de los contenidos de estas disposiciones, aporta el concepto de “que la política no es solamente acción instrumental sino también expresión simbólica. Frente a una sobrevaloración de su dimensión cognoscitiva (calculabilidad) hay que destacar su dimensión normativa y simbólica, regulando y representando las relaciones sociales” (Lechner, 1984, p.11).

En el año 2014 se aprobó una segunda disposición con relación a los derechos de los residentes. El **Decreto 265/014** retomaba aspectos ya mencionados en normativas anteriores y detallaba otros nuevos como ser: el derecho al conocimiento de resultados de las evaluaciones médicas y a considerar su voluntad con respecto a los tratamientos invasivos, a no ser trasladado de un espacio a otro en función de la necesidad de los establecimientos (en caso de existir espacios diferenciales para autoválidos y dependientes) y a no recibir visitas cuando el residente así lo decida.

Estableció además como requisitos de ingreso para todos los establecimientos privados: pasar por una evaluación que acredite “la autovalidez física y mental”, la firma del consentimiento informado del aspirante o curador en caso de incapacidad y la firma de

²⁸⁶ Tampoco se menciona la cría de animales domésticos o la atención por parte de estudiantes.

un contrato que debía de especificar el tipo de servicios y de alojamiento, el monto a pagar, las circunstancias que dieran lugar a la recesión y los tiempos de reserva (artículos 34 y 36, Decreto 265/014).

Un tercer documento que hacía mención a la temática se publicó en la página web del Ministerio de Desarrollo Social el 24 de julio del 2014. Se trataba de una Cartilla denominada “Derechos protegidos para toda la vida”. Contaba con 21 puntos que retomaban los derechos aprobados en el decreto vigente en el momento (Decreto 265/014)²⁸⁷ y agregaba otros que no eran mencionados como el de “desarrollar su sexualidad y afectividad” (punto 16, MIDES, 2014).

La redacción estuvo dirigida a un público ampliado (menos técnico), con una redacción acotada y ejemplificada. Se decía por ejemplo que las personas tenían derecho a “No ser atadas” (punto 20) en referencia a la reglamentación del decreto sobre las medidas de contención física. Al final de los 21 puntos planteaba: “Usted puede realizar una denuncia si nota que estos derechos son vulnerados”, figurando a continuación los datos institucionales.

Acerca de esta Declaración de Derechos de los residentes de INMAYORES del Ministerio de Desarrollo Social, aparecen dos aspectos a destacar. Por un lado, su publicación con un lenguaje claro brinda información y aporta al control por parte de la ciudadanía. Dentro de los recursos necesarios para llevar adelante el control social, la transparencia es considerada esencial, ya que permite formar a la opinión pública y da insumos sobre los mecanismos de control instituidos. “Sin embargo, los mandatos legales si bien constituyen una condición necesaria para asegurar que el acceso a la información se transforme efectivamente en transparencia, no parecen ser una condición suficiente para tal efecto” (Cunill, 2009, p. 25).

²⁸⁷ En esta Cartilla, se planteaba derechos tomados del decreto vigente como por ejemplo no ser discriminado por “religión, etnia y orientación sexual”, “elegir sus visitas”. Sobre la atención de salud se especificaba el derecho a recibir explicación sobre los procedimientos médicos a realizarse y sobre la medicación recibida, acceder a su Historia Clínica y “conocer los resultados de sus evaluaciones de salud”. Con respecto a la autonomía se especificaba la libertad de circulación, la privacidad, la posibilidad de brindar opiniones, de manejar sus finanzas y de conservar sus pertenencias.

En el mismo sentido, más allá de que el poder de denuncia brinda a los usuarios, a sus familias y a la comunidad toda, la potencialidad de dar curso a trámites que señalen irregularidades en el cumplimiento de las normativas, no resulta una garantía para el cumplimiento de los derechos. La denuncia, en tanto recurso de poder “indirecto” que requiere para su ejercicio la intermediación de una figura estatal creada a tales efectos (en este caso el Ministerio de Desarrollo Social), resulta en muchas oportunidades un mecanismo que presenta requisitos, obstáculos administrativos y burocráticos, que diluyen las posibilidades de control social. Expresa Cunill al respecto que los “mecanismos para presentar las denuncias tienden a ser desconocidos o percibidos como poco confiables”, lo cual se suma a “la poca efectividad de las denuncias, en tanto que todas son recibidas por una unidad del propio programa, que tiene limitaciones legales para investigarlas y resolverlas” (Cunill, 2009, p. 19).

La cuarta normativa, aprobada en el año 2016, reglamentó los llamados “deberes y obligaciones sociales” por parte de los establecimientos. Agregó a lo ya dispuesto por el decreto que derogaba (Decreto 265/014) sobre la obligatoriedad de firmar un **contrato entre el establecimiento y el usuario**²⁸⁸ (o curador), la firma de un segundo documento denominado “**Consentimiento informado**”. En éste se deja constancia “que una persona, habiendo sido informada respecto de las condiciones y servicios brindados por el establecimiento, así como de sus derechos, deberes y obligaciones, manifiesta libremente su voluntad de ingresar al mismo en calidad de usuario” (Artículo 40 - Decreto 356/016).

El nuevo decreto, incorporó otra condición para el ingreso en función de proteger a la persona. Es el llamado “período de adaptación” entendido como el “conjunto de acciones desarrolladas, en un lapso determinado, tendientes a integrar al usuario a la vida en el establecimiento, adecuadas individualmente para favorecer su bienestar biopsico-social, fomentando su autonomía y autoestima” (Artículo 43 - Decreto 356/016).

El Artículo 47 el decreto del año 2016 realiza nuevas explicitaciones sobre los derechos de las personas institucionalizadas. Expresa la obligación de respetar el “ejercicio pleno de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su identidad, dignidad humana e intimidad”. Se parte de reconocer al residente como “apto para

²⁸⁸ Se mantienen las mismas condiciones establecidas en el decreto del año 2014 (Artículo 41 - Decreto 356/016).

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 desenvuelvan. Su voluntad no podrá ser sustituida por la de terceros salvo por las formas jurídicas previstas por la normativa” (Artículo 47 - Decreto 356/016). El respeto a la voluntad del residente lleva entre otros al manejo de asuntos financieros y uso de dinero, la libertad de elegir a las visitas, y al “pleno goce de su libertad ambulatoria” configurando la privación de la libre entrada y salida del establecimiento como una infracción grave.

Los recursos humanos y el cumplimiento de los derechos

Como ya fue mencionado, los cambios en las exigencias relativas a los recursos humanos se establecieron en función de la importancia que revestían para el cumplimiento de los derechos de los residentes. Los requisitos sobre la presencia, la capacitación y las funciones fueron aumentando en general, con especial énfasis en la figura del Director Técnico. Tres normativas contienen elementos relevantes para estudiar este aspecto: la Resolución 572/04, el Decreto 265/014 y el Decreto 356/016.

La **carga horaria de los funcionarios** en relación a los residentes fue uno de los ejes regulados. En el año 2014, el Decreto (265/014) reglamentaba sobre la cantidad de funcionarios²⁸⁹ considerando el número y característica de los residentes, así como los requerimientos de asistencia de acuerdo a los turnos (diurno/nocturno): un funcionario cada diez residentes autoválidos y uno cada cinco con dependencia en los turnos diurnos y la mitad de esta proporción en los turnos de la noche (Artículo 23 - Decreto 265/014).

Con respecto a **la carga horaria del Director Técnico** se estableció que debía “cumplir con una concurrencia real al establecimiento o servicio de 6 (seis) horas semanales como mínimo por cada 15 (quince) residentes o usuarios, sin perjuicio de hacerse presente en toda situación de riesgo sanitario que así lo amerite”. Estas presencias debían de quedar

²⁸⁹ En el decreto del año 2016 se establecía “Llevar un registro individual de todas las personas que trabajen en ellos, en el que consten sus datos personales, nivel educativo formal e informal, constancia de inmunizaciones y de estudios paraclínicos requeridos por la normativa sanitaria aplicable y horarios en los cuales prestan servicios” (Artículo 23 a - Decreto 356/016).

registradas (Artículo 27 - Decreto 265/014). Dos años más tarde se realizó un nuevo ajuste considerando ahora el total de establecimientos en los que desempeña el cargo. Dice lo dispuesto: “En ningún caso el Director Técnico podrá ejercer como tal su rol sobre más de 160 usuarios²⁹⁰, sumadas las dotaciones de todas las instituciones en las que se desempeña como tal” (Artículo 26 - Decreto 356/016).

El control de la carga horaria de la figura del Director Técnico parece en consonancia con la tensión existente entre el número de médicos geriatras en Uruguay y la disposición que indica que el cargo sea ocupado por esta especialidad. Como se planteó al comienzo, en el año 2010 había un total de 81 médicos²⁹¹ geriatras para todo el país (S. M. U., 2010). Otra información relevante al respecto es que sólo el 82,7 % de los establecimientos cuenta con la figura de Director Técnico, siendo diferente su distribución en la capital que en el resto del país. En Montevideo, si bien este porcentaje asciende a 93,2 %, sólo el 42,1 % son geriatras (Cuadro 4 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 3). Por su parte, en el interior la cifra de Directores Técnicos en los establecimientos desciende a 74,5 %, y sólo el 16,1 % tienen la especialidad (Cuadro 5 - MIDES - INMAYORES, 2016, p. 3).

La **capacitación de los recursos humanos** fue otro de los ejes que en este período se buscó regular. Como parte de los requisitos para la habilitación y el registro del establecimiento se establecieron la presentación de acreditaciones “de idoneidad del Director Técnico” y de un cuidador por turno con capacitación en primeros auxilios (Artículo 12 – Decreto 265/014). Dos años más tarde se ajustaron estos requerimientos. El **personal cuidador**, debía estar inscripto en el Registro Nacional de Cuidados de la Secretaría Nacional de Cuidados (Artículo 22 - Decreto 356/016). También se estableció la existencia de una persona responsable por turno, con capacitación documentada por instituciones habilitadas y la autoridad competente, para la atención a Adultos Mayores²⁹² (Artículo 23 - Decreto 356/016), no siendo ya suficiente la capacitación en primeros auxilios.

A pesar de que la importancia de la capacitación había sido planteada en el marco de la Ley 17.796 (2004), los datos aportados por el estudio del Ministerio de Desarrollo Social

²⁹⁰ Equivale a decir que se autoriza a tener como máximo 64 horas semanales de trabajo en los residenciales.

²⁹¹ En el año 2008, sólo 17 médicos geriatras en el interior del país (Hernández y Mieres, 2008).

²⁹² Los establecimientos cuentan con distintos plazos para hacer efectivas estas capacitaciones del personal.

- INMAYORES (2016) dan cuenta de las dificultades para alcanzar este propósito y el estado de situación que caracteriza los establecimientos residenciales. Sobre los recursos humanos censados, se destaca que el 93,2 % de los establecimientos no tiene ninguna persona formada en cuidados (Cuadro 13, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 5). El 67 % del total de funcionarios relevados realiza tareas de cuidados (Cuadro 10, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 4), de los cuales el 86,9 % no posee formación en el tema (Cuadro 11, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 5).

Contribuye también a comprender el perfil de la población empleada el hecho que el 60,4 % tienen 50 años y más (Cuadro 8, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 4), siendo el 87,6 % personal femenino (Cuadro 7, MIDES - INMAYORES, 2016, p. 4). El estudio no especifica la remuneración que se percibe por esta tarea, pero a partir de la conjunción de elementos (escasa calificación para la tarea, sexo y edad) podría inferirse que la misma es baja, lo cual se corresponde con una lógica de maximización de la ganancia de los emprendimientos con fines de lucro desde la que operan el 90 % de los establecimientos. En igual sentido, la intención de regular la cantidad de cuidadores atendiendo al número de usuarios (según el grado de validez y el turno), también da cuenta de esta lógica vinculada con el gasto que representa la contratación del personal (mayor cantidad, mayor capacitación, incrementa el costo).

Un tercer eje se orientó en la **distribución de tareas** entre los distintos cargos y la creación de nuevas funciones que coinciden con la lógica de depositar en los técnicos a cargo, la responsabilidad del cumplimiento de la norma. En este nuevo marco se le atribuyeron obligaciones al “**titular o representante legal del establecimiento**”. Entre las mismas se enumeraban: mantener actualizada la ficha de registro de cada residente²⁹³ (se pretendía a partir de éstas tener una Base Nacional de Datos Ministerio de Desarrollo Social - Ministerio de Salud Pública), garantizar la prestación de servicios ofrecidos, controlar el mantenimiento y limpieza de la planta física y del equipamiento, así como

²⁹³ La misma debía contener: “identificación del residente o usuario (nombre completo, cédula de identidad, sexo, edad, estado civil, nivel educativo, última ocupación; datos del ingreso (fecha, procedencia, causas, adaptación al proceso de ingreso); prestador integral de servicios de salud en cuyos padrones se encuentra inscripto y médico de referencia en el mismo, emergencia móvil a la que esté afiliado; nombre, dirección y teléfono de familiares directos y/o de aquellas personas que mantengan lazos afectivos con el residente o usuario; en su caso, nombre, dirección y teléfono del curador; patrones de actividad y preferencias del residente o usuario; presencia de medidas extraordinarias en el residente o usuario (restricción, sujeción), consignando quien las indicó y motivos de las mismas” (Artículo 29 - Decreto 265/014).

articular (autorizado por el Director Técnico) con redes de servicios sociales de la zona y los ministerios competentes (Artículo 29 - Decreto 265/014). El siguiente decreto le sumó a estas responsabilidades: “promover y organizar actividades para los residentes acordes a su capacidad funcional”, controlar que la medicación administrada coincida con lo indicado en la historia clínica y “recabar el consentimiento informado” de cada residente (Artículo 28 - Decreto 356/016).

Como parte de los requisitos para la habilitación se exigió la realización de un “Plan de trabajo o propuesta de desarrollo de actividades de estimulación, así como de otras de carácter social” (Artículo 12 - Decreto 265/014). Esta exigencia fue sustituida en el siguiente decreto por la **elaboración de un proyecto para el centro** y la integración de un **“profesional del área social”** (Artículo 9 - Decreto 356/016). En los casos en que ya estuviesen funcionando, se otorgó un plazo de dos años para su cumplimiento. Este plazo podrá ser prorrogado (Artículo 59 - Decreto 356/016) quedando supeditado el cumplimiento de las tareas a la incorporación del profesional (Artículo 60 - Decreto 356/016).

Al **“profesional del área social”** le fueron asignadas una amplia gama de obligaciones (Artículo 29 - Decreto 356/016), dentro de las que se encuentran: realizar valoraciones sociales de los residentes, acompañarlos en los procesos de ingreso, adaptación y realojo, generar espacios de “participación de las personas que conformen el núcleo familiar o vincular del usuario”, promover el vínculo con su familia, y la comunidad, asesorarlos sobre derechos y obligaciones (también a las familias), apoyar la formación de la “comisión de participación” del establecimiento y trabajar en “la elaboración, evaluación y revisión del proyecto de centro” (Artículo 31 - Decreto 356/016). Este último punto, se relaciona con la obligación de que cada establecimiento cuente con un proyecto que tendrá (como mínimo) los siguientes objetivos específicos: “a) fomento de autonomía; b) estimulación motriz y cognitiva; c) participación e integración en las redes vinculares y familiares; d) promoción de derechos de los usuarios; e) recreación” (Artículo 36 - Decreto 356/016).

La diversidad de las tareas mencionadas tienen como denominador común el aporte a la resolución de dos dimensiones: la inclusión del residente (a la institución, familia y comunidad) y la protección de sus derechos. Resulta entonces significativo que a pesar

de la relevancia dada a este rol profesional en vínculo con la efectivización de los derechos de los residentes, su incorporación (y la de sus funciones), por motivos que no se explicitan, no se considera urgente, atendiendo al plazo dado para su cumplimiento (dos años) y la posibilidad de prórroga “quedando supeditado el cumplimiento de las tareas a la incorporación del profesional”.

Con independencia de estas dificultades, resulta un avance significativo la incorporación de un recurso profesional con una formación distinta al área médica, ya que cada “disciplina retiene, del encadenamiento causal, los elementos transformables por la práctica reformadora especializada a la que proporciona un lenguaje, y deja fuera los elementos que escapan a su ámbito” (Topalov, 2004, p. 55). Si bien es una incorporación reciente, flexible su plazo de ingreso y subordinada al Director Técnico, cabe suponer que la nueva práctica profesional en el marco institucional, brinde un nuevo enfoque que problematice la lectura homogénea presente en la actualidad desde un único saber especializado.

Un cuarto eje a destacar está representado por la transformación que resulta la más significativa de todas, vinculada con las **responsabilidades del Director Técnico y el control sobre su tarea**. Aunque el rol no pierde su centralidad y continúa siendo ocupado por un “médico geriatra-gerontólogo” (o médico general), pasa a ser exhaustivo el detalle de sus obligaciones, debiendo involucrar en el proceso a residentes, familiares, funcionarios, otros prestadores de salud y organismos con competencia en el tema.

Dentro de **tareas designadas al Director Técnico**²⁹⁴ se estipula crear y mantener actualizados los siguientes documentos: historia clínica, ficha básica, hoja de evolución, hoja de indicaciones farmacológicas, tratamientos, hoja de consultas, coordinaciones, exámenes clínicos y traslados. Debe realizar además con cada residente: una valoración geriátrica integral a las 48 horas de ingreso (registro), un programa de atención y asistencia con las condiciones posibles de tratamiento y rehabilitación (con actividades básicas e instrumentales de la vida diaria acordes a la capacidad funcional de los residentes), las coordinaciones con prestadores de servicios, control y propuesta (a médicos tratantes), la racionalización de la medicación, la indicación de procedimientos

²⁹⁴ Se detallan más de veinte en el Artículo 25 de este decreto retomando las ya vistas en el decreto precedente (2014).

invasivos en caso de emergencia, procedimientos técnicos y estrategias de manejo de síndromes geriátricos. También se le asigna como responsabilidad la formación permanente, propia y del personal, así como la garantía de los derechos a los residentes (Artículo 26 - Decreto 265/014).

A estas obligaciones se le sumará la especificación de otras en el año 2016 que incluyen: incorporar en la historia clínica un “informe del médico de referencia”, registrar las consultas, los exámenes paraclínicos, los “traslados, internaciones y altas hospitalarias”, las “indicaciones farmacológicas y tratamientos no farmacológicos”, así como proponer “protocolos, organizar y coordinar acciones necesarias para el fomento de la autonomía, elaborar y vigilar estrategias para el manejo de síndromes geriátricos” (Artículo 25 - Decreto 356/016).

De esta forma, no sólo se exige el registro de las decisiones tomadas, sino también de sus fundamentos, reforzando este control a través de la obligación de mantener comunicación con la familia, prestadores de salud y médicos tratantes sobre la salud del residente y al Ministerio de Desarrollo Social sobre la limitaciones establecidas a los derechos.

Con relación a la información sobre las actuaciones y fundamentación de las decisiones en la historia clínica, se pone especial énfasis en las prácticas vinculadas al uso de psicofármacos (dosis y el plazo), la contención física y las restricciones a la libre salida y entrada al establecimiento. Tres incisos (i, j, k - Artículo 25 - Decreto 356/016) referidos a las obligaciones son particularmente relevantes con respecto a la responsabilidad dada al Director Técnico en el cumplimiento del derecho de la libertad de los residentes²⁹⁵. En estos incisos se establece:

Disponer medidas de contención física, sólo en caso de que el estado del residente o usuario implique un riesgo para sí mismo o para terceros o interfiera con medidas de atención necesarias e ineludibles. En estos casos, el Director Técnico realizará un diagnóstico de las posibles causas de la situación y dejará constancia en la historia clínica correspondiente del tipo de medida adoptada, su motivación y la duración o modificaciones de la misma. La indicación se revisará y estará limitada a que se obtenga

²⁹⁵ Idénticas disposiciones ya se habían establecido en los incisos K, L y M del Artículo 26 del Decreto 265/014.

el control de la conducta por medios conductuales y/o farmacológicos, de lo que también dejará constancia en la historia clínica. En todos los casos, se tomarán las debidas precauciones para evitar daño al residente o usuario (Inciso i, Artículo 25 - Decreto 356/016).

Determinar limitaciones al libre acceso de visitas, sólo en aquellos casos en que produzcan perturbación para el residente o para el resto de los residentes, dejando constancia en la historia clínica e informando al residente o usuario o a su curador (Inciso j, Artículo 25 - Decreto 356/016).

Disponer, por razones médicas debidamente fundamentadas, limitaciones a la libre entrada y salida del establecimiento de residentes o usuarios, dejando constancia en la historia clínica e informando al Ministerio de Desarrollo Social. No se admitirá como causa de la limitante la mera voluntad de familiares (Inciso k, Artículo 25 - Decreto 356/016).

Parece relevante mencionar que estas directivas ya se habían establecido en la Ley 17.066 (1998) y habían sido retomadas por la Resolución 572/04²⁹⁶ dirigida a los establecimientos públicos más de una década atrás. En igual sentido, en el decreto del año 2014 se habían dictado directrices al respecto²⁹⁷.

Ante estas disposiciones cabe realizar dos consideraciones. En primer término, la reiteración de las mismas tanto en el sector público como privado luego de aprobada la ley. En segundo lugar, a pesar de que se ajusta cada vez más el control sobre la vulneración de las libertades de las personas institucionalizadas, permanecen las salvedades a estos derechos en forma tal que su implementación continuó sujeta a la discrecionalidad de la autoridad a cargo. Si bien la “situación” que habilita a tomar

²⁹⁶ Se mencionan como excepciones (con escasas variaciones), las situaciones en las que exista: “condición fundada (...) para protección del residente”, “perturbación del residente y demás usuarios” y “razones médicas y sociales que suponen un riesgo para el propio residente” (Artículo 41 - Resolución 572/04). Con relación específicamente al derecho de no recibir medicación con “psicofármacos sedantes” y a no ser sometidos a “medidas de contención física”, se establecía como excepción que la “situación redunde un peligro para sí mismo, constituya un peligro para otros residentes o interfiera con medidas de cuidados ineludibles para la vida” (Artículo 41 - Resolución 572/04).

²⁹⁷ Decía el Artículo 30: “La administración de psicofármacos se limitará a diagnósticos específicos de médicos tratantes. Fuera de los mismos, sólo podrá aplicarse por indicación del Director Técnico debidamente consignada con indicación de motivos, dosis y duración de la medida, en la historia clínica respectiva, al control de conductas que impliquen riesgo para el residente, para otros residentes o que interfieran con medidas de atención necesarias, todo lo cual deberá ser notificado al médico tratante” (Inciso c 1.3 - Artículo 30 - Decreto 265/014).

medidas de contención (sujeción física, suministro de psicofármacos, prohibición de salida) es planteada como “excepción”, la misma puede ser leída como “residuo” (circunstancia particular) que sostendrá una función “secundaria” en el mecanismo de control institucional, legitimando “la permanencia de dispositivos verdaderamente disciplinarios que habrá que racionalizar e incorporar a un todo” (Topalov, 2004, p. 59).

Un quinto eje a destacar sobre las modificaciones que proponen las normativas en relación a lo dispuesto por la Ley de “Hogares de ancianos”, es **la intencionalidad de alcanzar una participación mayor de otros actores en el escenario institucional**. Diversas disposiciones se enfocan en este sentido. Dentro de las obligaciones del Director Técnico se plantea brindar información “en forma periódica a familiares y residentes” (Artículo 25 - Decreto 265/014).

En otro de los artículos del último decreto se planteará “Los establecimientos deberán generar las instancias de participación de las personas que conformen el núcleo familiar o vincular del usuario, a los efectos de integrarlos en las acciones concretas a desarrollar” (Artículo 44 - Decreto 356/016). En el mismo sentido se plantea como derecho “constituir una comisión de participación integrada con familiares de los residentes y trabajadores del establecimiento” (Artículo 47 - Decreto 356/016). Pensar en un escenario institucional en el que se apliquen estas medidas probablemente colabore con la efectivización de lo dispuesto en las restantes disposiciones del decreto.

Un último aspecto a señalar refiere a la ausencia de información en general que permita tomar ciertas decisiones sobre la temática y que aporten a identificar la problemática y líneas de avance en su resolución. Desde el decreto del año 1984 se reitera la importancia de realizar relevamientos sobre los establecimientos y la población residente. A medida que se sucedieron las normativas esta disposición se reiteró y se ampliaron los aspectos a ser relevados.

Sin embargo aún se desconoce información básica al respecto. No existe información acerca del perfil de la población que ingresa a los establecimientos, la situación familiar de los residentes, el grado de pérdida de autovalidez dentro de la institución, la cantidad de pacientes con medidas de contención física o el porcentaje de egresos, entre otros datos. Fundamentalmente además, se desconoce la opinión de residentes y familiares con

relación a esta política. En este marco de desinformación, el decreto del año 2016 vuelve a colocar el tema y determina como responsabilidad del Director Técnico: “Realizar un censo que deberá cumplir con las indicaciones que fije el Ministerio de Salud Pública.” (Inciso p - Artículo 25 - Decreto 356/016).

En cuanto a la producción y difusión de información específica sobre cada sector, la misma es crucial en tanto insumo para el Estado y la sociedad civil. Es el conocimiento lo que posibilita los procesos políticos, la evaluación del diseño, la redirección de las estrategias de las políticas públicas, la fiscalización y la optimización de procedimientos administrativos tanto a nivel general, como en cada establecimiento en particular. Además de la existencia del ciudadano bien informado, la organización de la sociedad civil sería también una condición necesaria - aunque no suficiente - para el paso desde los “derechos en principio” para los “derechos en la práctica” (Fleury, 2000, p. 12).

Al mismo tiempo, generar información sobre el tema, colectivizarla, promover un debate en torno a la situación existente, permitiría romper con la lógica reduccionista que equipara la necesidad a carencia y posibilitaría encontrar las “potencialidades humanas individuales y colectivas, que hace posible vivir el mundo traduciéndose en proyectos de vida que le dan sentido y significado a las relaciones sociales” (Rozas, 1998, p. 22).

Síntesis del capítulo

La ley “Hogares de ancianos” ha presentado importantes dificultades para su implementación a partir de una serie de factores que actuaron en forma conjugada, involucrando al mercado, la sociedad civil y al propio Estado. Por otra parte, los cambios operados en el contexto político sobre la matriz de bienestar, tampoco incidieron en forma sustancial para modificar el rol atribuido al Estado como regulador de la actividad entre particulares.

La debilidad registrada en la **capacidad de agencia** estatal se sustentó básicamente en la ausencia de recursos asignados a tales efectos, en las dificultades de coordinación entre los distintos sectores y en la falta de discusión de las causas sobre las irregularidades constadas en la práctica.

En las oportunidades en que el tema se volvió a poner en debate, la modalidad del mismo obtuvo el análisis de un fenómeno social amplio y complejo, que integrase la responsabilidad del Estado, el rol de los expertos, la voz de la sociedad civil y la búsqueda de alternativas para el cumplimiento de las disposiciones vigentes en la materia.

Frente a los problemas registrados en el cumplimiento de las disposiciones, el Estado se enfocó en la aprobación de sucesivas normativas que dictaban nuevas exigencias de recursos (tanto materiales como humanos), nuevos dispositivos de control y diversos cambios en las competencias de los organismos rectores.

El aumento de los requisitos establecidos hacia los recursos humanos tuvo más de una implicancia. Por un lado, la cantidad de funcionarios con relación a los residentes y la capacitación pretendida respondieron a la emergencia de un nuevo ordenamiento simbólico de la vejez, que resignificó la tarea de cuidado dirigido al sector. Por otro lado, la distribución de roles (encargado por turno, Director Técnico, titular/representante legal, técnico del área social) y el detalle de las funciones asociadas a cada uno, llevó a una mayor delimitación de responsabilidades para el cumplimiento de lo dispuesto.

De esta forma, el Estado no sólo aumentó las exigencias sino también los mecanismos de control sobre el desempeño. Dispuso la planificación de la tarea, el cumplimiento de metas (proyecto de centro) y el registro detallado, tanto de las actividades, como de la fundamentación de las mismas. Esta responsabilización asignada a los distintos roles y los mecanismos de control dispuestos, puede ser leída en términos de desresponsabilización del Estado, en tanto deslinda las dificultades inherentes a los dispositivos establecidos por la propia norma.

Al mismo tiempo, los requisitos de infraestructura y habilitaciones planteados a los establecimientos, sumados a la ausencia de fiscalización, derivó en que la situación de los establecimientos se instituyera por fuera de la reglamentación, convirtiéndose la práctica

irregular en una “norma” en sí misma, tanto para los prestadores de asistencia como para la población que demanda los servicios. Confirma esta afirmación el dato de que sólo una ínfima parte de los establecimientos se encuentren habilitados para funcionar.

La combinación de factores dados por la prevalencia de la lógica del mercado y el escaso control estatal sobre los mínimos reglamentados, mantuvo un sistema de cuidados que “des ciudadaniza”, en la medida que quienes pueden pagar más reciben mejores prestaciones y quienes no, quedan sujetos a los mínimos establecidos, o por debajo de los mismos por falta de controles estatales.

En este escenario, la sociedad civil ocupó un lugar marginal, sin capacidad de presión, dadas las características del propio sector (dificultades de comunicación, de organización, de identidad compartida), quedando la población a la que se dirige la política (y sus redes primarias) en una situación de extrema vulnerabilidad, rehenes de la norma establecida, de las irregularidades en la oferta del mercado, de la falta de alternativas y de las debilidades del control estatal.

A pesar de que las últimas disposiciones comenzaron a asignarle a la sociedad civil un cierto lugar en la contraloría de la implementación, el mayor peso de su cumplimiento siguió colocado en la figura del Director Técnico.

La ausencia de información generada desde el comienzo, a pesar de que ha sido exigida por las sucesivas normativas, colabora con la falta de transparencia en el tema, obstaculizando el debate en la opinión pública y la toma de posición frente a la problemática. Se pierde así la perspectiva social y colectiva de la cuestión, viviendo cada familia la situación como un problema particular del cual es enteramente responsable y hasta a veces culpable.

La diáda establecida entre el Estado y el saber experto se sostuvo luego de aprobada la ley. En la figura del Director Técnico, se fue delegando por un lado una gran carga de responsabilidad en el cumplimiento de lo dispuesto, otorgándole amplias potestades para discernir situaciones en la aplicación de la norma, dirigir las instituciones y como garante último de los derechos de los residentes.

Estos dispositivos, apoyados en un recurso escaso (considerando el número de profesionales geriatras en el país), derivaron en la regulación por parte del Estado de la actividad del propio Director Técnico controlando su carga horaria y en el tope del número de residentes asistidos. En cuanto a las tareas asignadas, se plantearon como exigencias el fundamentar, registrar e informar sobre sus actuaciones, en particular aquellas relacionadas al uso de psicofármacos, la contención física y las restricciones a la libre salida y entrada al establecimiento.

Otro aspecto a destacar es que en el mismo período se restringió el perfil de los residentes en los establecimientos de la órbita estatal y se flexibilizó en los establecimientos privados. El saber profesional, construyó una nueva “verdad”: el perfil de la población beneficiaria de los establecimientos públicos. Una vez más, en correspondencia al modelo de Estado del momento, se delimitó quienes eran los pobres merecedores de la asistencia pública, para lo cual, la edad como único criterio no era suficiente. De esta forma, fundamentado en una “atención geriátrica integral” se agregaron parámetros vinculados a la salud, a la sociedad y a la violencia.

Resulta significativo que en el mismo período, y desde el mismo saber experto, fueron ampliados los criterios para el ingreso a instituciones privadas, no siendo ya la edad una limitante. Se estableció en cambio una exigencia muy laxa, pudiendo ingresar personas menores de 65 años “siempre que su estado social o psico-físico lo justifique” (Decreto 356/016).

A pesar de los avances en términos de la legislación de los derechos, las deficiencias en el cumplimiento de los roles del Estado (control, fiscalización, registro en base de datos), tanto en los establecimientos privados como en los públicos, colaboró con la ausencia de garantías para el cumplimiento de los mismos.

La suma de componentes refuerza una doble vulneración de las Personas Mayores: su lugar de institucionalizables y la obligación de pago para recibir el cuidado a partir de un contrato entre particulares.

REGLAMENTACIONES POR ORDEN CRONOLÓGICO S. XXI							
2004	2009	2010	2013	2014	2015	2016	2017
Decreto 433/004; “Modificación de Reestructura Administrativa de Programas Presupuestales. MSP” (2004)							
Resolución 572/04; MSP. Reglamento interno para Usuarios Residentes por parte de ASSE (2004)							
Ley N° 17.796 de Promoción Integral de los A.M. (2004)	Ley N° 18.617; Instituto Nacional del A.M. (2009)						
	Decreto 88/010; “Normas que reglamentan la habilitación para el funcionamiento y registro de los Hogares Públicos de A.M.” (2010)	Decreto 265-014; atendiendo al Artículo 298 de la Ley 19.149 y derogando los decretos 320/999 y 88/010 (2014)		Decreto 356/016; Derogó al Decreto 265/014 (2016)			
		Ley N° 19.149 (Artículo 298); Disocia la regulación de los residenciales: sanitaria (MSP) y social (MIDES) (2013)	Ley 19.355 (Artículo 517); Deroga Artículo 298 de la Ley 19.149. Da competencia de supervisión de los establecimientos al MSP (Artículo 518), asigna al MIDES competencias de regulación y fiscalización en materia social de los establecimientos (2015)				
			Ordenanza (665/015); MSP implementa Decreto 265-014 (2014)			Ordenanza (483/017) MSP; Revoca ordenanza (665/015) MSP atendiendo documentos obligatorios según leyes y decretos vigentes (2017)	
			Declaración de Derechos de los residentes; “Derechos protegidos para toda la vida” (INMAYORES/ MIDES) (2014)				
				Ley 19.353; Sistema Nacional Integrado De Cuidados (2015)			

Conclusiones

La institucionalización de la vejez es presentada por el discurso hegemónico como un fenómeno reciente, derivado en forma natural e inevitable del envejecimiento poblacional. Sin embargo, el estudio genealógico le aporta a la temática la historicidad necesaria para romper con esta simplificación, restituyéndole al objeto de estudio la unidad y complejidad que le es inherente.

La indagación de documentos referidos a la temática (legislación regulatoria, reglamentos internos, datos de los establecimientos, funcionarios y residentes) dio cuenta de las variaciones y permanencias de las sucesivas instituciones que antecedieron a las actuales prácticas de residencia en establecimientos y de las construcciones de sentido que las fundamentaron (debates parlamentarios, informes de actuaciones, justificaciones de proyectos).

El estudio de “verdades” e instituciones precedentes, aporta a la deconstrucción de las actuales prácticas y discursos, quitándoles su pretensión de objetividad, a la luz de sus variaciones registradas en función de las relaciones de poder y el orden social de los distintos momentos históricos.

Los límites de esta investigación no estuvieron siempre claramente definidos. La centralidad que operó como referencia en la búsqueda arqueológica, estuvo representada por una superposición de distintos planos, compuestos por hechos y lenguajes, por sujetos y contextos.

El recorte realizado para definir el objeto de la tesis respondió a una decisión metodológica que, si bien posibilitó la indagación (y la construcción de un documento que diera cuenta de la misma), dejó en los márgenes información relevante desde la perspectiva genealógica: las verdades construidas por quienes de algún modo participan o han participado en esta práctica. La subjetividad materializada en el lenguaje de otros actores que conforman la trama (residentes, redes primarias, comunidad, funcionarios),

debería tomar centralidad en otra investigación, en tanto discurso pasible de ser interpretado en relación a la acción (práctica no discursiva, no textual) que le dio origen, atendiendo las condiciones materiales, las relaciones intersubjetivas y las estructuras de poder de las que forman parte.

Con relación al presente estudio es posible enunciar algunas conclusiones y dejar planteadas preguntas referidas a las prácticas, las instituciones, sus fundamentaciones, la población objetivo y los actores participantes.

Hacia finales del siglo XVIII ya se registraban en Uruguay **dispositivos de encierro / control** sobre diversos sectores de población. Desde entonces, con independencia de la población objetivo, las prácticas de reclusión han compartido similares mecanismos de ingreso y dispositivos de control sobre los cuerpos. La permanencia en los establecimientos representó en todos los casos una “inclusión forzada” al sistema (Foucault, 2000 b) que colaboró con el mantenimiento de un cierto orden social, en vínculo con las relaciones de poder de cada momento histórico.

Esta naturalización instituida a partir de los dispositivos pre existentes, facilitó que el encierro operara como respuesta a la problemática que comenzó a representar la vejez a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Si bien la práctica de su institucionalización no fue novedosa en sí misma, lo fue el discurso que la fundamentó. Se requirió crear una nueva “verdad” sobre la vejez que, por primera y única vez en la historia del Uruguay, brindó legitimidad para que una persona adulta pudiera ser recluida por la única condición de su edad.

En el estado de derecho que ampara a la ciudadanía en nuestro país, esto fue posible sólo a partir de una condición: la patologización de esta franja etaria. Se construyó así a la vejez como una anormalidad en sí misma, naturalizada e irreversible en tanto dependiente de los años vividos. La enunciación de este axioma por parte del saber experto permitió, al igual que en otros grupos “desviados” de nuestra sociedad, incorporar los factores de riesgo y virtualidad a los fundamentos de su encierro.

La patologización de la vejez justificó no sólo su institucionalización, sino también el cuidado - control en manos de especialistas médicos, otorgando a su rol un lugar de poder sustentado en un saber. A partir de entonces, los expertos en la temática mantuvieron un rol protagónico en cada uno de los estadios del proceso: la construcción del problema, su ubicación en la agenda pública como parte de la cuestión social que requería la regulación estatal, la determinación de los parámetros de normalidad, el asesoramiento en la redacción de las normativas y en la dirección técnica de su la implementación.

Los indicadores definidos para identificar a **la población institucionalizable**, abarca un amplio espectro (cada vez mayor) y un grado de laxitud tal, que dificulta delimitar la población en términos reales. Primero, fue el criterio establecido por la ley (1998) coincidente con la población objetivo de la geriatría. Luego, las sucesivas modificaciones de las reglamentaciones (en los últimos veinte años) incorporaron como criterio ciertas patologías y la consideración de si el establecimiento operaba en la órbita pública (anciano frágil) o privada. Finalmente, terminó de desdibujar las fronteras de la inclusión / exclusión la posibilidad de ingreso de personas que, si bien no se encuentran dentro del rango etario, están afectados por alguna variable que pertenezca a un amplio rango establecido en la cláusula: “siempre que su estado social o psico-físico lo justifique” (Decreto 356/016). Estas definiciones y variaciones, fundamentadas en todos los casos en el saber experto, parecen depender más de la focalización de las prestaciones del Estado y de respuestas de los establecimientos privados a las demandas del mercado, que a los requerimientos de cuidado de las personas.

A partir de estos parámetros, que potencialmente alcanzan a la totalidad de la población uruguaya adulta, surge la incógnita acerca de quiénes efectivamente ingresan a residir en los establecimientos. La búsqueda podría enfocarse en otro ángulo que está más allá de los criterios de ingreso planteados por la norma: las dinámicas sociofamiliares que derivan en la institucionalización de la persona.

Como es evidente, no todo sujeto que presente variables que admiten su ingreso de acuerdo al marco normativo vigente, terminan viviendo en un establecimiento. Cabe entonces indagar sobre las dinámicas que derivan en que unas personas sean institucionalizadas y otras no. Esta perspectiva abre múltiples interrogantes: ¿cuáles son

las condiciones del contexto en el que residía previamente la persona?; ¿cuáles son las estrategias de cuidado previas a la internación?; ¿cuál es el punto de inflexión, el evento desencadenante, que determina la institucionalización?; ¿quiénes participan en la decisión?; ¿cuáles son las atribuciones de sentido de los discursos que la fundamentan?; ¿qué participación tiene la persona, la familia y el saber experto en esta toma de decisiones?; ¿cuáles son las relaciones de poder que las sustentan?; ¿cómo se resuelve la permanencia o el egreso?; ¿cómo se mantiene el vínculo con el entorno afectivo?.

La ausencia de información acerca del perfil de la población residente, sobre las causales de ingreso y las posibilidades de egreso no permite por el momento avanzar en las respuestas a estas preguntas. El dato no está disponible a pesar de la reiteración en las normativas de la exigencia de su relevamiento, obturando el debate sobre uno de los ejes prioritarios con relación a la práctica de institucionalización. Al mismo tiempo, la lectura dicotómica de la familia y las instituciones, impide la problematización de las relaciones de poder y el vínculo entre ambas esferas. Estudiar este proceso a partir de las situaciones particulares deberá ser objeto de futuras investigaciones, ya que permitiría comprender el fundamento último de esta práctica en el país.

En otro plano, resulta significativo que la institucionalización de la vejez se haya desarrollado a partir de la esfera privada. Al comienzo de esta práctica, podría establecerse un cierto paralelismo entre la asistencia pública en hospitales que derivó a la población crónica a residir en asilos y la emergencia de establecimientos particulares que tenían como propósito el “cuidado enfermos para su recuperación” (Artículo 36 - Decreto 355/965). La oferta privada de asistencia a la convalecencia, pudo ir mutando a partir de la demanda de situaciones con dificultades para recibir el alta (crónicas), hacia una nueva modalidad de establecimientos (decreto de 1984). Sin embargo, esta explicación no resulta abarcativa de los posteriores movimientos que incluyeron a personas autoválidas, sin dificultades sociosanitarias fuera del espacio institucional. Podría suponerse entonces que la oferta de las instituciones respondió a una nueva variación en la demanda: la de residencia sin condiciones que la fundamentaran.

Este supuesto planteado sobre el avance de la asistencia privada en base al libre juego de oferta y demanda, parece reafirmarse con la tardía participación del Estado, el cual, lejos

de revisar la práctica instalada por la vía de los hechos, la cristalizó básicamente a través de dos mecanismos: su legitimación a partir de normativas tendientes a regularlas y la focalización de las prestaciones públicas hacia la pobreza merecedora. En ambos procedimientos, el Estado desempeñó un rol esencial en la privatización de la provisión de bienestar dirigido a este sector de población, incumpliendo su deber como garante de la construcción de ciudadanía. En este contexto, si el Estado no brinda prestaciones que compitan con el mercado, se encuentra comprometida la intencionalidad expuesta en las políticas públicas que hasta ahora han buscado regular la práctica privada.

Más allá de la ruta transitada, colaboraron con el actual estado de situación diversos componentes que ocultaron la esencia y dimensión alcanzada por esta práctica: la prevalencia del saber experto validándola desde un lugar de neutralidad científica, la falta de politización en los ámbitos de elaboración de la norma, la escasez de recursos asignados para viabilizar tanto la implementación de las reglamentaciones como la vigilancia de lo dispuesto, la falta de transparencia (por la inexistencia de datos) que colocaran el tema en el debate público, la ausencia de grupos de presión de la sociedad civil con incidencia en la temática y la ubicación de la problemática como un asunto de particulares.

La consolidación de la institucionalización en nuestro país involucró diversas dimensiones que, si bien pueden ser leídas en forma independiente, se superponen y coadyuvan a la vulneración de los derechos de las Personas Mayores.

La escasez de opciones de cuidado e inclusión social para este grupo etario es la dimensión que probablemente adquiere mayor relevancia por las implicancias que conlleva. Si bien el fenómeno del envejecimiento poblacional en Uruguay no es novedoso, ni menor en el peso relativo que adquiere para nuestra sociedad (el mayor índice de América Latina), las respuestas desarrolladas se han enfocado en los establecimientos de residencia, casi como única opción frente a otras posibles instrumentadas en el país y en otras partes del mundo (centros diurnos, inclusión en grupos familiares, apoyo en domicilio o “*cohousing*”).

La posibilidad de avance en la temática parece haber sido obturada en cada debate planteado en el último siglo, donde las alternativas quedaron siempre reducidas a una

dicotomía entre cuidado familiar – cuidado institucional. La connotación de ambos espacios se polarizó a partir de presunciones que otorgaron una carga positiva al ámbito doméstico y negativa a los establecimientos. La falta de acumulación con lo ya debatido y actuado en períodos precedentes, ha impedido hasta el momento problematizar éstas y otras opciones de cuidado para este grupo etario.

Por otra parte, es posible suponer que la lógica del mercado imperante en la mayoría de las respuestas instrumentadas (90 % de establecimientos) pautó, no sólo parámetros de funcionamiento en los que prevalecieron la maximización de la ganancia y la minimización de los gastos, (llevando a afectaciones en las prestaciones: hacinamiento, escasez de personal, baja calificación, encierro como mecanismo de cuidado), sino que también incidió en el débil desarrollo de alternativas a la institucionalización por representar una menor relación costo beneficio.

Aun así, aunque la variable económica no estuviese en juego, la vida en los establecimientos constituye en sí misma una vulneración de derechos. La afectación de la autonomía es intrínseca a vivir en un marco institucional, sujeto a las reglas de funcionamiento impuestas, bajo una autoridad cuyo criterio dirime la regla sobre un cuerpo que requiere ser legislado y donde la falta de adaptación a este modelo puede ser leída en términos de patología/riesgo que justifique la contención física.

A las instituciones que operan como respuesta de cuidado a la vejez se le agrega otra connotación. La institucionalización instrumenta la pérdida de poder del sujeto fijando una situación que, en otras circunstancias o etapas de la vida adulta, podría resultar transitoria. La patologización atribuida sobre esta franja etaria, fundamenta una modalidad de respuesta en la que se hipermedicaliza la vida del sujeto institucionalizado en forma permanente. Los límites de la residencia y de la atención clínica se confunden e invaden con independencia de los requerimientos y recursos particulares de cada situación. Las disputas entre los sectores social y sanitario del Estado y la dirección de los establecimientos por parte de la medicina dan cuenta de esto.

De esta forma, frente al requerimiento de apoyo de cualquier tipo y grado, se establece un único satisfactor totalizante construido por expertos, alienando al sujeto en tanto

reduce las respuestas a satisfactores biológicos (abrigo, comida, medicina) medidos por indicadores de salud. Si bien es cierto que este punto ha comenzado a cuestionarse en los últimos años, su efectivo alcance deberá ser evaluado en el futuro, aunque las sucesivas normativas y el porcentaje de establecimientos habilitados (2 %) indican que hasta ahora se ha fracasado en el intento.

Las limitaciones resultantes de las condiciones materiales y simbólicas que caracterizan la vida en este contexto institucional, comprometen en la práctica el status jurídico del residente, invalidándolo en su condición de ciudadano. Por tanto, la fundamentación de la importancia del tema no está en el número de casos, sino en el impacto simbólico que la situación representa para este grupo etario y para toda la sociedad, donde se instala la posibilidad de una muerte social que antecede a la muerte física.

La esencia del problema se funda entonces en un ordenamiento simbólico que le quita reconocimiento social a la vejez improductiva, colocándola como otredad a la que es posible intervenir afectando su identidad, su proyecto de vida y su lugar como miembro pleno de esta sociedad.

Referencias bibliográficas

Acuña, C. (2010). “Una introducción”. En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación. Jefatura de Gabinete de Ministros.

Abramovich, V. (2006). *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*. En Revista de la CEPAL, N° 88, abril, Santiago de Chile.

Aguar, C. et al (1978). *La situación de los Ancianos en el Uruguay actual*. Tomo I y Tomo II. Montevideo: CBA.

Aguirre, R. y **Scuro, L.** (2008). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares*. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Instituto Nacional de Estadística, División Estadísticas Sociodemográficas, UdelaR, UNIFEM. Montevideo: Versión electrónica.

Antía, F., Castillo, M., Fuentes, G. y Midaglia, C. (2013). “La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización”. En *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 22. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688499X2013000200008&script=sci_arttext

Arteaga, L. (1985). Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. *Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 5, 417-425.

Barrán, J. P. (1990). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. La cultura “bárbara” (1800-1860)*. Tomo I. Montevideo: Banda Oriental.

Barrán, J. P. (1993 a). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Tomo I. Montevideo: Bando Oriental.

Barrán, J. P. (1993 b). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Tomo II. Montevideo: Bando Oriental.

Barrán, J. P. (1998). *Individuo y soledades 1920-1990*. Bajo la dirección de: José Pedro Barrán, Gerardo Caetano y Teresa Porzecanski. Montevideo: Santillana, 1998.

Barrán, J. P. (2002). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan - Comunidad.

Bianchi, D. (2001). *La Ilustración española y la pobreza. Debates metropolitanos y realidades coloniales*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo: Pleka/OM Servicios Gráficos.

Botto, M. (2011). “Think tanks en América Latina: radiografía comparada de un nuevo actor político”. En *Diálogo y Propuesta N° 51*. Vínculos entre conocimiento y política: el rol de la investigación en el debate público en América Latina (pp. 84 a 113). Lima, Perú: Norma Correa Aste / Enrique Mendizabal. CIES, ODI, UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO y ebpdn.

Brignoli, H. P. (2010). “América Latina en la transición demográfica, 1800-1980. Población y Salud en Mesoamérica” Vol.7 (2). Enero-junio 2010. En *Revista electrónica semestral*, ISSN-1659-0201.

Brunet, N. y Márquez, C. (2016). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Coordinado por Juan José Calvo. Montevideo: Trilce.

Cabella, W. y Pelegrino, A. (2010). “El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades”. Trabajo presentado en las *IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR*, (on line) Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010) Recuperado de www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf

Cabella, W; Fernández, M; Prieto, V. (2015). *Atlas Socioeconómico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 6. Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1999 y 2011.* Coordinador Juan José Calvo. Montevideo: Trilce. ISBN: 978-9974-32-645-3.

Caetano, G. y Geymonat, R. (1997). *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso.* Montevideo: Ediciones Santillana S.A.

Carasa Soto, P. (1987). *Pauperismo y revolución burguesa* (Burgos, 1750 - 1900) Valladolid, Universidad de Valladolid.

Castaño Zapata, D. (2012). “La guerra como cuestión social: un acercamiento a la política social colombiana”. En: *Revista de Ciencias Sociales N° 135-136.* Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/la-guerra-como-cuestion-social-un-acercamiento-a-la-politica-social-colombiana/>

Cazzaniga, S. (2010). “Sobre la imposibilidad de la intervención profesional: reflexiones para “poder” repensar”. En *VVAA La investigación en trabajo social.* Volumen IX. Paraná: Facultad de Trabajo Social UNER.

Cunill Grau, N. (2009). “Contraloría social y derechos sociales. El desafío de la integralidad”. En *Gestión y Política Pública*, Vol. XVIII, N° 1, septiembre, México D.F.

Damonte, A. M. (1993). “La transición demográfica en América Latina”. En *Conferencia Latinoamericana de Población.* Vol. II. INEGI-IISUNAM.

Danani, C. (2008). *América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad.* Ciências Sociais Unisinos, 44(1), 39-48.

Danani, C. (2009). “La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (comp.): *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas.* Prometeo – UNGS, Buenos Aires.

Danani, C. (2012). “La recuperación de lo público: tres desafíos para reconstruir lo valioso y discutir el sentido”. En: Arias, A., Bazzalo, A. y García Godoy, B. (compiladoras): *Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. UNGS-Universidad Autónoma del Estado de México. Buenos Aires.

Danani, C. (2013). “Estatidades en disputa: recrear la protección social, refundar el Estado. La reforma previsional en la Argentina, 2004-2011”. En Ziccardi, Alicia; Midaglia, Carmen y Villarespe, Verónica: *Pobreza y protección social universal: Experiencias latinoamericanas y perspectivas comparadas*. Colección CLACSO-CROP. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130812112232/PersistenciadelaPobreza.pdf>

Delamaza, G. (2005). “Espacios locales, intervenciones ciudadanas y políticas de superación de la pobreza”, documento presentado en el *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago de Chile, 18-21 de octubre.

De Martino, M. (1995). “Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del 900”, en *Revista Fronteras*. N° 1, octubre 1995, Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UdelaR. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.

Dolowitz, D y Marsh, D. (2000). “Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making”. In *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 13, N° 1 (pp. 5 - 24) Blackwell Publishers, 350 Main St., Malden MA 02148, USA, and 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1 JF, UK. ISSN 0952-1895.

Ferre, Z. y Rossi, M. (2002). *Segregación ocupacional de la mujer en el mercado de trabajo del Uruguay (1986-1997)*. Documentos de trabajo No. 05/02, Diciembre, 2002. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.

Filgueira, F. (2013). “Los regímenes de bienestar en el ocaso de la modernización conservadora: posibilidades y límites de la ciudadanía social en América Latina”. En: *Revista Uruguaya de ciencia Política*” N°22. Instituto de Ciencia Política. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688499X2013000200002&script=sci_arttext

Fleury, S. (2000). *Políticas sociales y ciudadanía*. Notas de Clase, INDES, Washington DC.

Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina: S XXI. (Primera Edición 1966. Título original: *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. París: Éditions Gallimard).

Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI. (Primera Edición 1969. Título original: *L'archéologie du savoir*. París: Éditions Gallimard).

Foucault, M. (1971). “Nietzsche, la généalogie, l’histoire”, en *Dits et écrits* (vol. 2, 1970-1975), París: Gallimard, 2001, texto n° 84, p. 136-156.

Foucault, M. (1976). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, en *Educación médica y Salud*. Volumen 10. N° 2 (pp. 152 - 169). (Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil).

Foucault, M. (1985). *Saber y Verdad*. Madrid: La piqueta.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta. (Primera Edición 1975. Título original: *Microphysique du pouvoir*. París: Gallimard).

Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. V. II. España: Paidós.

Foucault, M. (2000 a). *Defender la Sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Bs. As.: Fondo De Cultura Económica Argentina. (Primera Edición 1976. Título

original: *Il Faut défendre la société. Cours au Collège de France. (1975-1976)*. Paris: Gallimard).

Foucault, M. (2000 b). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa. (Primera Edición 1978. Título Original: *A verdade y as formas jurídicas*. Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Bs. As.: Siglo XXI (Primera Edición 1975. Título original: *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard).**Foucault**, M. (2005). *El orden del discurso*. Bs. As.: Fábula Tusquets. (Primera Edición 1971. Título original: *L'ordre du discours / Discurso inaugural en el Collège de France*. París: Éditions Gallimard).

Foucault, M. (2007). *Los Anormales*. Bs. As.: Fondo de Cultura Económica (Primera Edición 1999. Título Original: *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*. Hautes Études).

Foucault, M. (2009). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*. 3° Ed. Bs. As.: Fondo de Cultura Económica de Argentina. S.A. (Primera Edición 2004. Título Original: *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Seuil. Gallimard).

Fraser, N. (2008). “La justicia social en la era de las ‘políticas de identidad’; redistribución, reconocimiento y participación. En *Revista de Trabajo* N° 6 - Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Buenos Aires (pp. 83 - 99).

Garcé, A. (2011). “Estructuras políticas y uso de la investigación en las políticas públicas. Método e hipótesis para una agenda de investigación”. En *Diálogo y Propuesta* N° 51. *Vínculos entre conocimiento y política: el rol de la investigación en el debate público en América Latina* (pp. 346 - 367). Lima, Perú: Norma Correa Aste / Enrique Mendizabal. CIES, ODI, UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO y ebpdn.

Grassi, E. (2001). *Cuestión social, cuestión de Estado: lo político de la política social*. VI. Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 5-9- Nov. 2001.

Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Bs. As.: Espacio Editorial.

Grassi, E. (2007). *Problemas de realismo y teoricismo en la investigación social y en el Trabajo Social*. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) pp. 26 - 36.

Goffman, E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu. (Primera Edición 1961. Título Original: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday).

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Bs. As: Amorrortu. (Primera Edición 1963. Título Original: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall).

Gohn, M. G. (1997). *Teorias dos movimentos sociais Paradigmas Clásicos e contemporâneos*. Sao Paulo: Ed. Loyola.

Haas, P. (1992). *Epistemic Communities and International Policy Coordination International Organization* Vol. 46, No. 1, Knowledge, Power, and International Policy Coordination pp. 1 - 35 Published by: The MIT Press.

Haupt, A. y Kane, T. T. (2003). *Guía Rápida de Población*. Washington DC: Population Reference Bureau. 4ª Edición.

Instituto Nacional de Estadística. *Censo 2011*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales>

Instituto Nacional de Estadística (1996). *Manual Del Empadronador. VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas*. Uruguay: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade). Recuperado de http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09295a3f-7499-4b39-a3aa-2b2bde9d1d7&groupId=10181

Lechner, N. (1984). “Especificando la política”. En *La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado*. FLACSO. Recuperado de <http://flacsochile.org/biblioteca/pub/publicos/1984/libro/000043.pdf>

Martínez, J. (2007). La Salud, el Mutualismo y la Seguridad Social en el Uruguay. Pasado, Presente y Futuro. Recuperado de www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.do?ressource.ressourceId=5491

Martínez, H., Mitchell, M., y Aguirre, C. (2013). *Salud del adulto mayor, gerontología y geriatría*. Manual de medicina preventiva y social, pp. 1 - 19.

Mesle, F. y Vallin, J. (1995). *La mortalidad en el mundo: tendencias y perspectivas*. Documento de CEPED. N° 1. París: CEPED.

Midaglia, C. (2009). “Entre la tradición, la modernización ingenua y los intentos de refundar la casa: la reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas”. En Carlos Barba Solano [compilador] *Retos para la integración social de los pobres en América Latina*. Colección Grupos de Trabajo. Buenos Aires. CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/barba/>

Midaglia, C. con la colaboración de **Antía, F., Castillo, F. y Fuentes, G.** (2014). “Coordinación interinstitucional y piso de protección social en Uruguay”. En Schwarzer, H, Tessier, L. y Gammage. S. (dirección) *Coordinación institucional y pisos de protección social. Experiencias de América Latina. (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)*. ESS Documento n°40. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_235836.pdf

MIDES/INMAYORES (2016). *Instituto Nacional de las Personas Mayores. Resultados del relevamiento de establecimientos de larga estadía 2015*. Recuperado de www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63440/1/censo.pdf

Mirza, C. (2014). *(Re) Construcción de las matrices de bienestar en América Latina. Los dilemas de las izquierdas latinoamericanas*. Bs. As. : Clacso. ISBN: 978-987-722-020-9

Mitjavila, M. (1992). “Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización”. En *Revista Uruguaya de Ciencias Sociales*. Cuadernos del Claeh. N 62. 2ª Serie. Año 17. 1992/2. Montevideo. ISSN 0797-6062. pp. 37 - 46.

Mitjavila, M. (1997). “Sobre la densidad social del mito. Notas para la lectura sociológica del tema”. En *Revista Fronteras*, N 2, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de la República. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 33.

Mitjavila, M. (1999). “El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad”. En *Revista de Ciencias Sociales*. Año 12, N°15, mayo 1999, Departamento de Sociología. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.

Mitjavila, M. (2016). “El saber médico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos”. En *De la hospitalidad a la asistencia social* coordinadora Claudia Sandra Kmrpotic, pp. 151 - 171. Bs As: Espacio ISBN 978-950-802-393-3.

Morás, L.E. (2000). *De la tierra purpúrea al laboratorio social Reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*. Uruguay: Banda Oriental. ISBN 9974-1-0138-7.

Moreira, C y Delbono, A. (2010). “De la era neoliberal a la reemergencia de la ‘cuestión social’” En *Reforma del estado y políticas públicas de la administración Vázquez: Acumulaciones, conflictos y desafíos*. Mancebo M.E. y Narbono, P. (coordinadores) Montevideo. CP. CLACSO. Editorial Fin de Siglo.

M.S.P. (2005/2010). *Programa Nacional Del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública*. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población (on line). Recuperado de www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570

Nahum, B. (coord.) (1997). *Estadísticas históricas del Uruguay 1900 – 1950. Tomo I. Población y Sociedad. Política. Educación. Estado. Área de Historia Económica. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Universidad de la República. Montevideo: Departamento de Publicaciones. ISBN: 978-9974-0-0377-4.*

Nikken, P. (1994). “El concepto de derechos humanos”. En *Estudios Básicos de Derechos Humanos*, 15-37, San José: IIDH.

Neffa, J. C., Panigo, D. T., Pérez, P. E., & Giner, V. (2005). *Actividad, empleo y desempleo: conceptos y definiciones*. Ceil-Piette Conicet.

Núñez, I. (2008). *Apoyo a Hogares de Ancianos en el marco de los Servicios Sociales del BPS*. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social; N° 18 Enero - Marzo/08. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/bps/.../comentarios-de-seguridad-social-n.-18---enero-marzo-20...>

O'Donnell, G. (2009). “Derecho a la autenticidad del Estado: ciudadanía y protección de programas sociales”, en *Candados y contrapesos: la protección de los programas, políticas y derechos sociales en México y América Latina*. David Gómez-Álvarez (coord.), Guadalajara, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

Offe, Claus (1990). “La política social y la teoría del Estado” (1976), en *Contradicciones en el Estado de Bienestar*; Madrid: Alianza Editorial.

Paredes, M., Ciarniello, M. y Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República, Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento, UNFPA. Universidad de la República. Uruguay: Lucida ediciones.

Pellegrino, A. (2003). *Caracterización Demográfica del Uruguay*. UNFPA-Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo: UDELAR (on line). Recuperado de http://www3.anep.edu.uy/historia/clases/clase20/cuadros/15_Pellegrino-Demo.pdf

Pellegrino, A. Cabella, W., Paredes, M., Pollero, R., Varela, C. (2008). “De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX”. En Nahum, B. *Uruguay en el siglo XX: la sociedad*, Montevideo: Ediciones de Banda Oriental.

Pellegrino, A. (2009). *Uruguay, país de migrantes internos y externos*. PNUD. Material Complementario del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. Montevideo: Tarma S.A.

Possas, C. de A (1993). “La transición demográfica en América Latina”. En *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. Vol. II. INEGI-IISUNA.

Prieto Ramos, O. (1999). “Gerontología y Geriatria. Breve Resumen histórico”. En *Revista Cubana Med Gen Integr* [online] p. resumad.; 12(2):51-4. La Habana: Editorial Científico Técnica. Recuperado de http://www.infomed.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf.

Pollero, R. (2016). *Historia demográfica de Montevideo y su campaña (1757-1860)*. Universidad de la República Oriental del Uruguay Facultad de Ciencias Sociales Unidad Multidisciplinaria Programa de Población. Montevideo: Impresión: Mastergraf SRL.

Pugliese, L. (2007). *Análisis Comparado de una selección de programas de protección a los Adultos Mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay*. Segunda Parte: Programas Sociales. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social - N°16,

Julio - Setiembre 2007. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/.../programas-de-proteccion-a-adultos-mayores-en-argentina-...>

Repetto, F. (2010). “Protección social en América Latina: La búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos”. En *Revista del CLAD Reforma y Democracia*; No. 47 (Jun. 2010). Caracas.

Roadé, J. R. (1983). *Población y desarrollo de un pequeño país: Uruguay 1830-1930*. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay. Montevideo: Acali Editorial.

Robles González, E.; Vernabau Mestre, J. y Benavidez, F. G. (1996). “La transición sanitaria: una revisión conceptual” en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVI, I, (117-144).

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.

Rozas, M. (1998). *Una perspectiva teórica - metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Bs As.: Editorial Espacio.

Saad, P. M., Miller, T., Holz, M., y Martínez, C. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. Cepal / OIJ. Recuperado de <https://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/...>

Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., y Manzano, A. O. (2005). *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4 (1-2), 81-5.

Thevenet, N. (2013). *Cuidados en personas Adultas Mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*. Departamento de Investigación y Propuestas. Área de Protección Social. Asesoría Marco en Políticas Sociales Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo.

UNICEF (1999). "Infancia, adolescencia y mujer" en *Sistema Nacional de Estadística*. INE, R.O.U.

Topalov, C. (2004). "De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX". En: Danani, C. (comp.): *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*, UNGS/Fundación Buenos Aires: OSDE/Editorial Altamira (pp. 41 - 71).

Vetö, S. (2014). *Psicoanálisis, higienismo y eugenesia: educación sexual en Chile, 1930-1940*. Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes nouveaux-Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds.

Zemelman, H. (2001). *Pensar teórico y pensar epistémico. Los retos de las ciencias sociales latinoamericanas*. Conferencia magistral en el Pos grado de Pensamiento y Cultura en América latina. Universidad de la Ciudad de México.

Zimmermann, E. (2013). "«Un espíritu nuevo»: la cuestión social y el Derecho en la Argentina (1890-1930)". En *Revista de Indias*, 2013, vol. LXXIII, N° 257, pp. 81 - 106, ISSN: 0034-8341 doi:10.3989/revindias.2013.004. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.

Bibliografía recuperada sobre la institucionalización de la vejez

Abramovich, J. (2002). “El rol del psicólogo en el geriátrico”. En Salvarezza L. *Psicología de la Tercera Edad y Vejez*. Módulo Unidad 9: 22. Bs. As.: Centro de Estudiantes de Psicología de la Universidad de Bs. As.

Aguas, S. (1999). “Una protección social invisible”. En *Hechos y derechos*, publicación N° 6, Subsecretaría de Derechos Humanos y Sociales, Buenos Aires.

Aranda, C., Pando, M., Flores, M., García, T. (2001). “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara”, Jalisco. En *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina, Barna*; 28 (2):70.

Banda Arévalo, J. P. y Salinas Martínez, R. (1992). “Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo”. En *Revista de Salud Pública de México*, N° 34, p. 54 6553.

Barreiro González, A. (1993). *Institucionalización en la tercera edad: observación de una residencia de ancianos durante tres años*. Postgrado de Geriátrica y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo.

Bauleo, A. (1992). “Efectos de la institucionalización en el individuo”. En *Revista española de Geriátrica y Gerontología*, 27 n° 49. pp. 176 - 184.

Benatar, R.; Frias, R. y Kaufmann, A. E. (1993). *Gestión de las residencias de la tercera edad*. Barcelona: Deusto.

Berriel, F., et al. (1990). *Aproximación Diagnóstica dentro del Piñeyro del Campo*. Convenio entre Piñeyro y el IPUR. Montevideo.

Bezrukov de Villalba, L. y **Wasiek**, C. (1977). *Estudio de diecisiete hogares de ancianos en construcción en el Uruguay*. Servicio de Documentación Social Vol.3, no.1, mar. pp. 15 - 22.

Bidegain Lecouna, A. M.; **Camejo**, I.; **Quintan** López, R. (1999). *Evaluación de pacientes institucionalizados: aplicación de protocolo*. Postgrado de Geriatría y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo.

Botella García del Cid, L. (1991). “Tres niveles de intervención psicológica en centros geriátricos”. En *Geriatrika. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, Barcelona, Vol 7 (1). Año VII.

Bravo, W. (1981). “El asilo de ancianos en México”. En *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Tomo XVI, nº 4, julio-agosto, 359-370.

Brody, E. M. (1991). “The rol of the family in nursing home: implications for research and public policy”. En Harper, M.S. y Lebowitz, B., *Mental illness in nursing homes: agenda for research*. Washington: Government printing office.

Buendía, J. y **Riquelme**, A. (1998). “La experiencia depresiva en residencias geriátricas”. En Salvarezza, L. (comp.), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Capítulo 15. Bs. As.: Paidós.

Buzeki, M. (2003). *Representaciones sociales de la vejez entre cuidadores de ancianos institucionalizados*. Informe final de beca de iniciación a la investigación de la facultad de psicología UNMdP 2001 – 2003. Mar del Plata.

Castells, J. E. (1993). “¿Cómo tratamos a nuestros ancianos? Resultado de una encuesta en los hogares de ancianos de la Argentina”. En *Revista Argentina de geriatría y gerontología*, 13 (3): 160-173.

Cifuentes Cáceres, R., Merchán Maroto, E. y Suárez Gallo, F. (1992). “La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos”. En *Revista española de Geriátría y Gerontología*, Vol 27, supl. 1 (27-30).

Contreras de Lehr, E. (1987). “El anciano y su hábitat. La institucionalización”. En *Medicina de la Tercera Edad*. Año (9), México.

Croas, R. y Fernández Colmeneros, L. (2013). *Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica* (3ª. Edición). Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social –Argentina.

Dabove, M. I. (2000). *Derecho de la ancianidad y bioética de las instituciones geriátricas*. Separata de homenaje a Dalmacio Vélez Sársfield. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, Tomo III, Córdoba: EL COPISTA.

Dabove, M.I. (2004). Introducción al capítulo I. “La condición jurídica de los ancianos residentes”. En Dabove M.I. (coord.), *Derecho en los geriátricos. Una aproximación interdisciplinaria*. Bs. As. – Madrid: Ciudad Argentina.

Daichman, L. S. (1999). “El maltrato institucional y la vejez”, en *Hechos y Derechos*, publicación n° 6, Subsecretaría de Derechos Humanos y Sociales. Bs. As.

Danel, P. M. Tesis de Maestría en Trabajo Social *Las Prestaciones de los geriátricos en la Provincia de Buenos Aires. El caso de los hogares de La Plata y Chascomús* (período 2005 – 2006) dirigida por la Dra. Margarita Rozas Pagaza y el Mgter. Mariano Barberena, defendida y aprobada en mayo 2007. Recuperado de <https://www.google.com.uy/#q=DANEL%2C+Paula+Mara+Tesis+de+Maestr%C3%ADa>.

Danel, P. M. (2008). “Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad”. In *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.

De Bernardi, B. (1993). “Los múltiples rostros de la institucionalización de larga estadía para ancianos”. En *Seminario La institucionalización y sus costos. Cuadernos de Gerontología*, Asociación Gerontológica de Bs. As., año 6, N° 11, noviembre. 73-89.

De los Reyes, M. C. (2000). “Ancianidad, familia e institución geriátrica”. En *Revista Nexos*, Universidad nacional de Mar del Plata, N° 12, año 7, pp. 22 - 24.

De los Reyes, M. C. (2003). “Institucionalización de ancianos y vulnerabilidad”, en *Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencia Sociales de la UBA. Bs. As.: Abramzón, M. Federico, A., Findling, L. Mendes Diz, A.M.; y Di Leo, P. (eds.).

De los Reyes, M. C., Roosé, V., Berruti, M., By Buzeki, M. (2000). “Ancianidad dependiente, familia e institución geriátrica”. En *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Bs. As.: Dunken.

De los Reyes, M.C. (2001). “Familia e imagen del geriátrico”. En *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Bs. As. Vol. 47. N° 3 de la 243-249.

De los Reyes, M.C. (2004). *Familia y organización geriátrica. Diálogo de perspectivas en un establecimiento*. Tesis maestría en psicología social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

DIF (1995). *Informe General de las Casas Hogar Para Ancianos, documentos de circulación interna*, Archivo General del Banco de Información y Documentación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Fainstein, I. (1993). “La decisión de internar”. En *Seminario La Institucionalización y sus costos. Cuaderno de Gerontología*, Asociación gerontológica de Bs. As. Año 6, N° 11, noviembre de 1993.

Fernández Ballesteros, R. (1996). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos*, Madrid: IMSERSO.

Fernández Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (1998). “Vivir en una residencia: algunas expectativas”. Capítulo 14 en Salvarezza, L. (comp.) *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Bs. As.: Paidós.

Ferrari, A. (1986). *Causas de institucionalización de hogares de ancianos*. Pos grado de geriatría y gerontología. Monografía (Ubicación 107405).

Firevicius, M. H. (1985). “Necesidad de evaluación de los hogares o residencias para gerontes”. En *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, N° 2, 108 – 116.

Firevicius, M. H. (1988). “Establecimientos de internación de larga estadía para gerontes”. En *Revista Geriatrika* N° 2, 13-17.

Firevicius, M. H. (1993). “Problemática de la vida institucional”. En *Seminario La Institucionalización y sus costos. Cuaderno de gerontología*, Asociación gerontológica de Bs. As. Año 6, n° 11, noviembre de 1993.

Hidalgo González, J.G. (2002). *Los cuidados a largo plazo de los envejecidos: oportunidades en un mercado en expansión*. Recuperado de www.redadultosmayores.com.ar.

Hitzig, J. (1993). “Institucionalización y calidad de vida”. En *Seminario La institucionalización y sus costos. Cuadernos de gerontología*, Asociación Gerontológica de Bs. As. Año 6, n° 11.

Lema, C. (2014). *La vida cotidiana del viejo institucionalizado*. Tesis de grado – Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

Leopold, L. V. (2000). “De asilos y casas tomadas: refugios nocturnos para adultos mayores”. En *Gerontología latinoamericana: teoría y práctica*. Coordinación y compilación Luis Víctor Leopold. Montevideo: Multiplicidades.

Mas, M. y Arqués, M. C. (2011). *La residencia en que me gustaría vivir*. Barcelona: FATEC – Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña.

Matusevich, D. (1998). “Envejecimiento e institucionalización geriátrica”. En Ferrero Gloria (comp.) *Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes*, Bs. As.: Atuel.

Matusevich, D. (1998). “La muerte social como destino posible en la vejez”. En *Revista Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, Bs. As. setiembre 1996. Vol. 42. N°3.

Méndez González, E. (2002). *Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de personas mayores que residen en hogares para ancianos*. Escuela de enfermería, Universidad de Costa Rica. Recuperado de www.redadultosmayores.com.ar

Méndez, E. *Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en hogares para ancianos*. Red para el desarrollo de los adultos mayores. Biblioteca virtual. Recuperado de www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID006.pdf.

Miranda, M. J. (1985). *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*, Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

Monchietti, A. (comp.) (2000). *Cómo vemos a los viejos, cómo se ven ellos a sí mismos*. Ed. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Nallim, F. (1993). “La decisión de internar”. En *Seminario La institucionalización y sus costos*. Cuadernos de Gerontología, AGEBA, Año 6, N° 11.

Olivera, G. (1993). *Residencia modelo para la tercera edad*. Postgrado de Geriátrica y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo.

OMS y Milbank Memorial FUND (2000). *Consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. Recuperado de www.redadultosmayores.com

OPS (1988). *Atención de salud en instituciones para personas ancianas*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/?lang=es>

Paola, J. (2005). *Historias Fundacionales de las Residencias para Mayores de la Argentina. Rituales institucionales y experiencias significativas para el Campo Gerontológico*. Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional Cd-Rom N° ISBN 987-544-199-6, Mar Del Plata.

Pérez Almeida, E., González, M. A., Moraleda, P., y Zamora, M. C. (1989). “Incidencia de depresión en una Residencia geriátrica y variables relacionadas con ella”. En *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 24 (1), 27-33.

Quintanar Olguín, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdes.

Rodríguez Rodríguez, P. (1999). “Evolución de las residencias en el contexto internacional”. En Rodríguez Rodríguez P. (coord.). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Cap. I Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez Rodríguez, P. (2012). *Innovaciones en residencias. Para personas en situación de dependencia*, octubre. Madrid: IMSERSO.

Rossjanski, S.D. (1989). “La familia del anciano institucionalizado”. En *Revista Argentina de gerontología y geriatría*, Tomo 9, n° 1, enero – marzo, pp. 34 - 39.

Salinas Martínez, R. y Banda Arévalo, J. (1996). *Asilos de ancianos en el Estado de Nuevo León*. Salud Pública de México, Vol. 33, n° 1, enero-febrero, pp. 56 - 59.

San Juan, A. (1979). *Pensiones de Ancianos* de Facultad de Medicina Pos grado de geriatría y gerontología. Monografía (Ubicación 100141).

Sanzo, L. (1985). *Ancianos en residencias*, Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Savio, I. (2004). Hospital “Dr. Luis Piñeyro del Campo”. El trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico en *Gerontología en Uruguay, una construcción hacia la interdisciplina* (Nisizaki, S y Pérez, R. coordinadores). Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República. Publicado con apoyo de la CSIC. Montevideo: Psicolibros. ENYD 00772. ISBN9974-7813-8-8.

Slutzky, L.; Fishman, A.; Waitz, M.; Zaidemberg, F. y Vinocur, N. (2001). “Consideraciones éticas en alojamientos de larga estadía (ELE)”. En *Revista Argentina de gerontología y geriatría*. Tomo XXI, año 21, n° 2/4.

Stefani, D. (1992). “Gerontología psicosocial: estudio de la acción de internar a un anciano en un geriátrico en sujetos de diferente sexo”. En *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, Bs. As., T.12, n° 3.

Suarez, F. y González, N. (2005). “Cultura Institucional y Estrategias de Vida de los Adultos Mayores en la Argentina en la población inserta en residencias geriátricas”. En *Primer Anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional*. Mar del Plata: Suárez.

Tarrío, S. (2003). “El discurso cotidiano y científico sobre la internación geriátrica. Perspectiva psicosocial”. En *Revista Nexos N° 17*. Año 10. Nov. 2003. Secretaría de Ciencia y Técnica, UNMDP.

Viera, A. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: estudio de caso del hogar para ancianos de Colonia Valdense*. Tesis de grado - Montevideo: UR. FCS.

Warren, M. (1996). “El cuidado de los ancianos crónicamente enfermos”, en *Páginas de Salud Pública de México*. Vol 38, n° 6, noviembre - diciembre, 525-532.

Documentos registrados sobre la exposición del tema en congresos y encuentros

Altschul, C. y Savio, A.M. (1979). *Admisión a hogares de ancianos: una propuesta terapéutica*. Trabajo presentado en el II Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria. Bs. As.

Bellini, G. (2002). *La conducta familiar después de la internación de un anciano en un hogar geriátrico. Abandono, negligencia y abuso económico*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Maltrato al Adulto Mayor, noviembre 2002, Universidad del Bío-Bío, Chillán. Chile.

De los Reyes, M.C. (2002) *Calidad asistencial en geriátricos privados*. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría —Psiquiatría, ecología y calidad de vida y III Congreso Internacional de salud Mental. Mar del Plata.

De los Reyes, M. C. (2003). *Percepción de los cuidados hacia ancianos institucionalizados en geriátricos privados en la ciudad de Mar del Plata entre familiares*. Trabajo presentado en las IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA; Bs. As.: Mendes Diz, A.M.; Federico, A., Findling, L. y Abramzón, M. (eds.).

De los Reyes, M.C. y Buzeki, M. (2003). *El diálogo como estrategias de programas institucionales en geriátricos*. Libro de resúmenes. Trabajo presentado en el 1º Congreso Nacional de TS. Universidad nacional del Centro, Tandil.

Dieguez, A. J. y De los Reyes M. C. (1999). *Institucionalización del anciano y cuidadores familiares*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Argentino de Logoterapia Hacia un envejecimiento con sentido Mar del Plata, 1 al 2 de Octubre de 1999. Argentina.

Gutmann, R. (2000) *¿Para qué sirven los hogares para personas mayores?* Exposición en el Panel. Trabajo presentado en el Foro para la Personas Mayores de la Ciudad de Buenos Aires Julio 2000.

Pássera, J.; Junqueras, V.; Casella, E.; Cabero, L.; Kuintupuray, C.; Zamora, A. y González Manzur, R. (1998). *¿Evaluar ancianos o las instituciones que los albergan?* Trabajo presentado en el VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, Bs. As.

Torres Postiglione, A. (2000). *Des-cubrir la vejez: experiencias en residencias para adultos mayores.* Trabajo presentado en las V Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo: UDELAR-FP, 2000, 608 p. en Maldonado y Centro Univ. Reg. Este. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Fuentes consultadas

B.P.S. (s/d). Cupo Cama (on line) Recuperado de www.bps.gub.uy/10668/cupo-cama.html

Brazeiro Díez, H. (1936). Del Asilo de Mendigos al Hospital Pasteur “Acción Cultural en Hospitales y Asilos. 1935 a 1937” MSP.

Brazeiro Díez, H. (1993). *Historia Del Hospital Pasteur. El Asilo de Mendigos de la Unión: sus orígenes hasta El Hospital Pasteur de Montevideo* (SUHM). Transcripción e ilustraciones de Antonio L. Turnes (30.12.2012) Publicado en Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Volumen XII. 1990. Juan Ignacio Gil – Sandra Burgues Roca – Fernando Mañé Garzón, Editores. Montevideo, 1993; pp. 151 - 188.

Castellanos, A. (1971). *Montevideo en el Siglo XIX*. Uruguay: Nuestra Tierra.

De María, I. (1864). *Memoria Histórica del Hospital de Caridad de Montevideo, desde su fundación*. Montevideo: Imprenta tipográfica a vapor.

Dornaleche y Reyes Editores (1990). “El aniversario de Hoy. Fundación del Hospital de Caridad”. En *Revista Rojo y Blanco n°1*. 17 de junio de 1900. Montevideo. Recuperado de <http://biblioteca.periodicas.edu.uy/items/show/2928>

Groba, C. (coord.) (1999). Hospital Pasteur, su historia. En Presente y Futuro del Hospital Pasteur 12 de noviembre de 1922 - 1999. Publicación del Hospital Pasteur. Montevideo: Mosca Hnos.

Hernández, A. y **Mieres**, G. (2008). *Estimación de necesidades especialistas Médicos en el Sistema FEMI*. Recuperado de https://www.femi.com.uy/archivos_v/PUBLICACIONES_FEMI/2008_1.pdf

Jaureguy, M. A. (1952). *Historia del Hospital de Caridad de Montevideo: la grandeza de un pequeño hospital 1778-1825*. Montevideo: Facultad de Medicina.

López Lomba, S. (1910). *Informe presentado a la Comisión Nacional de Asistencia Pública: Mortalidad. Asilo de Inválidos y Crónicos (Ex asilo de Mendigos y Crónicos) (1895-1909)*. Montevideo: Escuela Nacional de Artes y Oficios.

López Lomba, S., **Mora** Magariños, F., **Márquez** Valdéz, D. y **López**, A. J. (1913). *Reseña de los establecimientos y servicios en La Asistencia pública nacional*. Capítulo XVIII, Publicación oficial de la Dirección General. Montevideo: Barreiro y Ramos.

M. S. P. (2018). *Residenciales de ancianos. Comunicado sobre establecimientos habilitados que alojan a personas mayores*. Publicado 23 de marzo de 2018, en la página Web del MSP. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>.

M. S. P. (1936). *Memoria sintética de la acción cultural en hospitales y Asilos entre 1933 y 1935*. Montevideo.

Martirené, J. (1919). *Boletín de Asistencia Pública Nacional*. Acta N ° 581. Sesión ordinaria del 27 de agosto de 1919.

Martirené, J. (1928). *Proyecto para la colocación familiar de los ancianos colocados bajo la tutela de la Asistencia Pública Nacional y subsecuentemente en la Asistencia de Crónicos en el Asilo Luis Piñeyro del Campo y la utilización de Hospital Pasteur para enfermedades agudas y asistencia obstétrica*. Presentada al Consejo Directivo de Asistencia Pública Nacional por el Director General. Montevideo: Imprenta Artística de Dornaleche Hermanos.

Núñez, I. (2014). *Personas de 60 años y más que residen en viviendas colectivas*. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social N °43 Enero, Febrero y Marzo 2014 Recuperado de http://www.bps.gub.uy/bps/file/7888/1/43._personas_de_60_anos_y_mas_que_residen_en_viviendas_colectivas._nunez.pdf.

Piñeyro del Campo, L. (marzo 1907). *Informe presentado a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública*. En Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios. 1905. República Oriental del Uruguay

Piñeyro Gutiérrez, A. (2009). *Luis Piñeyro del Campo. Caridad y Dignidad. Biografía*. Montevideo: Artemis.

Reseña Histórica De La Facultad De Medicina *Anales de la Facultad de Medicina*, Tomo XXI – Año 1936, Nros. 1, 2 Y 3 Fondo Documental Dr. Aron Nowinski – Febrero 2008 1 Los Orígenes de la Facultad de Medicina. Recuperado de figuras.liccom.edu.uy/_.../figari:vv_aa_-_los_origenes_de_la_facultad_de_medicina_ el 20 de agosto de 2017

Rizzi, M. (s/d). *La facultad de Medicina Montevideo 1951*. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/rizzi.pdf>

S. M. U. (2010). *Datos del Padrón médico del Uruguay. Demografía Médica en el Uruguay*. Cuadro: Distribución de Médicos Activos por especialidad. Recuperado de http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_esp.php.

Savio, I. (2004). *Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo. El trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico*. En “Gerontología en Uruguay, una construcción hacia la interdisciplina” (Nisizaki, S y Pérez, R. coordinadores). Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República. Publicado con apoyo de la CSIC. Montevideo: Psicolibros. ENYD 00772. ISBN9974-7813-8-8

ANEXO 1. Reglamentaciones, leyes, decretos, debates y fundamentaciones consultadas, anteriores a 1965

Año	Documento consultado	Fuente
1830	Constitución de la República 1830.	Recuperado de https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/arefconsti.aspx?402,1830,HTM
1858	Decreto: “Creación del Asilo de Mendigos”.	Colección legislativa de la República O. del Uruguay (1852-1868) Tomo II. Montevideo 1877.
1860	Decreto: Prohibición de mendicidad.	Colección legislativa de la República O. del Uruguay (1852-1868) Tomo II. Montevideo 1877.
1860	Reglamento Interno del Asilo de Mendigos.	Beneficencia Pública, Reglamento del Asilo de Mendigos. Colección legislativa de la República O. del Uruguay (1852 - 1868) Tomo II. Montevideo (1877), pp. 349 - 365.
1889	Ley 2.059; declara al Asilo como establecimiento Nacional.	Compilación de Leyes y Decretos (1825 - 1930) Tomo 18 (1889 - 1890). Montevideo MCM XXX.
1889	Debate parlamentario de la creación de la Comisión de Caridad de Asistencia Pública. Proyecto de Ley.	Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores de la República O. del Uruguay. Tomo XLVI. Montevideo 1889.
1910	Ley 3.611; Higiene Pública. Creación de inspecciones departamentales de higiene y fondos para este servicio.	Compilación de Leyes y Decretos. Compilación de Leyes y Decretos (1910 - a) Higiene Pública. Ley N° 3611. Creación de Inspecciones Departamentales de Higiene y fondos para este servicio. 29 de abril de 1910. pp. 107 – 111. Referencia: R. Tomo

Año	Documento consultado	Fuente
		202 pp. 571 a 576. S. Tomo 96, pp. 536 a 556 y 599 a 603 S. Tomo 96.
1910	Higiene Pública; Reglamento Comisiones de Higiene de los Departamentos	Compilación de Leyes y Decretos (1910 - b) Higiene Pública. Reglamento de las Comisiones de Higiene de los Departamentos. Comisiones de Higiene. 19 de diciembre de 1910, pp. 490 - 492.
1910	Informe López Lomba. Mortalidad Piñeyro y cambio de nombre (Resuelto por Comisión de Caridad el 6 de mayo de 1910).	En Asilo de inválidos y crónicos “Dr. Luis Piñeyro del Campo”. Comisión Delegada. Mortalidad (1895 - 1909). Montevideo: Escuela Nacional de Artes y Oficios.
1910	Debate parlamentario de la Ley 3.724	En Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores de la República O. del Uruguay. Tomo XCV III (1910 - 1911). XXIII Legislatura. 27 Sesión Extraordinaria. Montevideo
1910	Ley 3.724; Asistencia Pública. Nacionalización de este servicio.	En Compilación de Leyes y Decretos. R. Tomo 204, Tomo 205, Tomo 207 y S. Tomo 98. Diario de Sesiones H. Cámara de Senadores. República Oriental del Uruguay. Tomo XCVIII. Montevideo, 1910 - 1911.
1910	Reglamentación de la Ley 3.724	En Compilación de Leyes y Decretos. Tomo 30 y 31. República Oriental del Uruguay.
1918	Constitución de la República 1918.	Recuperado de https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/366624.HTML

Año	Documento consultado	Fuente
1919	Fundamentación: Creación Hospital Pasteur y División Piñeyro Del Campo. “Bases que han de servir para la construcción de un Asilo de Ancianos”	En Boletín Asistencia Pública Nacional. Acta 581. Sesión Ordinaria de 27 de Agosto de 1919.
1922	Acta Inauguración del Hospital Pasteur y nuevo Asilo Luis Piñeyro del Campo.	Asistencia Pública Nacional. Acta inauguración del Hospital Pasteur y nuevo Asilo Luis Piñeyro del Campo.
1934	Ley 9.202; Ley Orgánica de Salud Pública, Asistencia e Higiene.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ley Orgánica de 9/1/34. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934/32
1934	Constitución de la República 1934.	Recuperado de https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/3507043.HTML
1942	Constitución de la República 1942.	Recuperado de http://www.parlamento.gub.uy/Constituciones/Const942.htm
1952	Constitución de la República 1952.	Recuperado de https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/7363187.HTML
1954	Decreto; Comisión Nacional de Gerontología. “Se crea determinándose sus cometidos y formas de integrarse”. Ministerio de Salud Pública	Registro Nacional de Leyes. Decretos y otros documentos de la República O. del Uruguay. Diario Oficial (1954). Montevideo: Rex S.A. (1955).
1959	Resolución Ministerio de Salud Pública. Asilo “Dr. Luis Piñeyro del Campo”. Se eleva la escala de retribuciones a las cuidadoras de	Leyes. Decretos y otros documentos de la República Oriental del Uruguay. Diario Oficial (1960). Diario Oficial (1959). Ministerio de Salud Pública. Registro

Año	Documento consultado	Fuente
	<p>ancianos. Rubro: “Colocación Familiar de Ancianos y Dementes y Retribución de Asilados”.</p>	<p>Nacional de Año 1959. Montevideo, pp. 1038 – 1039</p>
<p>1960</p>	<p>Ley 12.808; Asilo “Dr. Luis Piñeyro del Campo”. Se dan normas para el pago de jubilaciones, pensiones, seguros, rentas y otros recursos a los asilados.</p>	<p>Registro Nacional de Leyes. Decretos y otros documentos de la República O. del Uruguay. Diario Oficial. Tomo II (1960). C.R. 71. Sesión 13 de setiembre de 1960. C.R. Tomo 540. C.S. 58. Ses. 15 de diciembre de 1960.</p> <p>Diario Oficial (1961). Registro Nacional de Leyes. Decretos y otros documentos de la República Oriental del Uruguay. Año 1960. Montevideo, pp. 1662 - 1663</p>

ANEXO 2. Reglamentaciones, leyes, decretos, debates y fundamentaciones consultadas, posteriores a 1965

Año	Documento consultado	Fuente
1965	Decreto (355/965) ; reglamenta sobre “establecimientos particulares de asistencia y prevención” que “no dependan de ninguna institución del Estado”.	Registro Nacional de Leyes y Decretos. Leyes 13.322-13.395. Publicación Oficial (1965) Tomo I.
1967	Constitución de la República 1967.	Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967
1968	Ley 13.705; Jubilación de productores rurales. Apoyo del BPS a los Hogares de Ancianos.	República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/13705
1972	Resolución 1341 ; se encomienda la resolución y puesta en marcha de un Programa de Bienestar Social de Anciano.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/943-1973/1
1973	Decreto (943/973) ; establece las competencias sobre ancianidad y alimentación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (el Artículo 11°, numerales 14 y 16).	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/943-1973/1
1974	Ley 14.218 ; se crea el Ministerio de Vivienda y Promoción Social.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/120-1975/1

Año	Documento consultado	Fuente
1974	Decreto (574/974); competencias al Ministerio de Vivienda y Promoción Social en “lo concerniente a protección de la ancianidad y asistencia alimentaria” (Artículo 12 numerales 19 y 20).	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/574-1974/17
1974	Decreto (1.033/974); crea la Comisión Coordinadora del Bienestar Social del Anciano (19 de dic. de 1974)	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/257-1977
1975	Ley 14.489; modifica programas y subprogramas presupuestales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/14489
1976	Decreto (582/976); encomienda interinamente al Ministerio de Defensa Nacional el ejercicio de las competencias del Ministerio de Vivienda y Promoción Social.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/582-1976/1
1977	Decreto (95/977); sobre Seguridad social; Política Social; Redistribución de competencias; Protección de la ancianidad y Adulto mayor.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/95-1977
1977	Decreto (257/977); Reubicación de la Comisión Nacional Coordinadora de Bienestar Social del Anciano.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/257-1977
1984	Decreto (309/984); Establecimientos que alojan ancianos. Reglamenta su instalación y funcionamiento de	Registro Nacional de Leyes y Decretos (15.585-15.698). Segundo Semestre (1984).

Año	Documento consultado	Fuente
	acuerdo a las pautas gerontológicas vigentes.	
1986	Ley 15.800 ; Se reinstitucionaliza el Banco de Previsión Social y se suprime la Dirección General de la Seguridad Social.	República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Publicada D.O. 3 mar/986 - N° 22112. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/15800
1995	Distribuido 386 ; Alojamientos privados para Adultos Mayores. Se establecen normas para su funcionamiento.	Carpeta 271 de 1995. Comisión de Salud Pública. Setiembre de 1995. Secretaría del Senado. XLIV Legislatura. Primer período. Secretaría del Senado. Proyecto de Ley 17.066 con exposición de motivos de los senadores José Andújar, Alberto Cid, José Korzeniak, Hugo Fernández Faingold, y Nicolás Storace. Alojamientos privados para adultos mayores. Se establecen normas para su funcionamiento.
1995	Debates parlamentarios de Ley 17.066	Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. N° 42 - Tomo 369 - 5 de setiembre de 1995. Primer periodo ordinario de la XLIV LEGISLATURA. 41ª Sesión Ordinaria. República Oriental Del Uruguay. Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. Tomo 370. Sesiones del 3 de octubre al 23 de noviembre de 1995. Montevideo, 1995. Primer Período Ordinario de la XLIV Legislatura. Cámara de Senadores, Secretaría, División Publicaciones (C.S. 206 C.S. a 230 C.S.)

Año	Documento consultado	Fuente
		Distribuido 386, Carpeta 271 de 1995. Dirección general de comisiones, comisión de salud pública, XLIV a, Legislatura, Primer Período. Proyecto de ley 17.066 con exposición de motivos. Alojamientos privados para adultos mayores. Se establecen normas para su funcionamiento
1998	Decreto (44/998) ; Crea el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM), bajo la órbita de la Dirección General de la Salud de (17 de febrero)	República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/decretos/2002082804.htm
1998	Ley 17.066; “Hogares de ancianos”.	Diario de sesiones de la Cámara de Representantes. XLIV Legislatura. Cuarto Período Ordinario. 76° Sesión. N° 2790. Montevideo, 15 de diciembre de 1998. República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Publicada D.O. 8 ene/999 - N° 25189 Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/17066
1999	Decreto (320/999) ; Política General en materia de ancianidad - Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para A. Mayores	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/320-1999/3
2003	Repartido 675/03 ; Se establecen normas sobre derechos de los Adultos Mayores. Ley 17796 “Promoción integral de los adultos mayores. Se	Carpeta N° 558 de 2001. Cámara de Senadores. Comisión de Salud Pública. Julio de 2003. Proyecto de ley sustitutivo. Promoción Integral de los Adultos

Año	Documento consultado	Fuente
	establecen normas sobre derechos de los mismos”, promulgada en agosto del 2004 (artículos 3 y 4).	<p>Mayores. Proyecto de ley con exposición de motivos presentado por el Senador Juan A. Singer. Carpeta N° 558/01, Rep. N° 675/03, Montevideo, 28 de agosto de 2001. Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, Segundo Periodo Ordinario de la XLV, Legislatura, 45ª Sesión Ordinaria, N° 127 - Tomo 408 - 5 de Setiembre de 2001, República Oriental Del Uruguay</p> <p>Cámara de Senadores Secretaría- Dirección General Legislativa. XLVII Legislatura - 2º Período 7 de Setiembre de 2001, Comisión de Salud Pública, Carpeta: 558/2001 Distribuido: 1116/2001.</p> <p>Diario de Sesiones de la Cámara De Senadores, Cuarto Periodo Ordinario De La XLV Legislatura, 3ª Sesión Ordinaria. Versión Taquigráfica de la Sesión del día 15 de Julio de 2003, N° 245 - Tomo 416 - 18 de Marzo De 2003, República Oriental Del Uruguay</p> <p>Comisión de Salud Pública, Carpeta N° 558/2001, Promoción Integral de los Adultos Mayores, Distribuido N° 2277, Versión taquigráfica de la sesión del día 15 de julio de 2003</p> <p>Diario De Sesiones De La Cámara De Senadores, Cuarto Periodo Ordinario De La XLV Legislatura, 44ª Sesión Ordinaria 2 de Setiembre de 2003, N° 286 – Tomo 418 – República Oriental Del Uruguay</p>

Año	Documento consultado	Fuente
2004	Decreto (433/004); modifica la denominación de la Unidad Ejecutora 063 - Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo por Hospital por Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/433-2004/1
2004	Debate parlamentario de ley 17.796	Diario de Sesiones de la Cámara De Representantes. Poder Legislativo. Quinto Período Ordinario de la XLV Legislatura 30ª Sesión, N° 3211 - 15 de Junio de 2004, República Oriental Del Uruguay.
2004	Ley 17.796; Promoción Integral de los Adultos Mayores.	República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicada D.O. 19 ago/004 - N° 26570. Cámara de Senadores. Secretaría. Comisión de Salud Pública Repartido 675, Cámara de Senadores, 2003. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/17796 Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Versión taquigráfica de la Cámara de Representantes n° 2374, Carpeta 3336, Promoción Integral de los Adultos Mayores, 13 de abril del 2004.
2004	Resolución 572/04 “Reglamento interno para Usuarios Residentes” de ASSE (2004).	MSP. ASSE, Montevideo, 2/7/04 Res: 572/04 / Ref: 688/04 / BS/sq
2005 – 2007	Debate de la Ley 18.617; Se crea el Instituto nacional del adulto mayor.	Cámara de Senadores, Proyecto Sustitutivo, Instituto del Adulto Mayor Carp. N° 100/05,

Año	Documento consultado	Fuente
		<p>Dist. 848/05, Montevideo, 14 de marzo de 2005.</p> <p>Comisión de Salud Pública, 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad. Cámara De Senadores, Comisión de Salud Pública, ACTA N° 64, el día ocho de mayo del año dos mil siete, a la hora doce y cincuenta minutos, se reúne la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores.</p> <p>Comisión de Salud Pública, Carpetas N° 100/2005 526/2006, Distribuido N° 1634, Instituto Nacional de la Ancianidad, Versión Taquigráfica de la Sesión del día 8 de Mayo de 2007</p> <p>Comisión De Salud Pública, Carpeta N° 100/2005, Distribuido N° 186, 14 de Junio de 2005, Instituto Nacional de la Ancianidad, Creación en la Órbita del Ministerio de Salud Pública. Se Determinan Cometidos Señor Senador Julio Lara Audiencia, Versión Taquigráfica de la Sesión de día 14 de Junio de 2005.</p>
2008	Ley 18.335; Pacientes y usuarios de los servicios de salud, se establecen sus derechos y obligaciones	<p>IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay (26 agosto 2008).</p> <p>Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008/19</p>

Año	Documento consultado	Fuente
2009	Ley 18.473; Voluntad Anticipada.	República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicada D.O. 21 abr/009 - N° 27714 Recuperado de https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1812370.htm
2009	Ley 18.617; Se crea el Instituto nacional del adulto mayor.	República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicada D.O. 6 nov/009 - N° 27851. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18617
2010	Decreto (274/010); Reglamentación de la Ley 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay (8 de setiembre de 2010). Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010
2010	Decreto (88/010); habilitación para el funcionamiento y registro de los Hogares Públicos de Adultos Mayores.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/88-2010
2013	Ley N° 19.149; Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal ejercicio 2012. Transfiere al "Ministerio de Desarrollo Social" las competencias de regulación, habilitación y fiscalización.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19149-2013
2014	Decreto 265/014; de Ley 19.149. Deroga el Decreto 320/999 y el Decreto N° 88/010 y establece las competencias del MIDES y el MSP.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/265-2014

Año	Documento consultado	Fuente
2014	Declaración de Derechos de los residentes por Ministerio de Desarrollo Social; INMAYORES, publica con fecha 24 de Julio del 2014 una cartilla de derechos a los residentes.	MIDES / INMAYORES. Recuperado de inmayores.mides.gub.uy/
2015	Ley 19.353; Sistema Nacional Integrado de Cuidados.	República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicada D.O. 08 dic/015 - N° 29351 Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19353
2015	Ley 19.355; Ley de presupuesto. Vuelve supervisión al MSP (Artículo 517 deroga el Artículo 298).	República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicada D.O. 30 dic/015 - N° 29366. Recuperado de https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19355
2015	Ordenanza 665/015 del MSP; implementa el Decreto 265-014. “Apruébese el Manual de procedimientos inspectivos de Establecimientos que alojan a Adultos Mayores, el cual se adjunta como Anexo y forma parte integral de la presente Ordenanza”.	MSP, Montevideo, 17/9/15. Recuperado de www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ordenanza%20N%20665.pdf
2016	Decreto (356/016); legisla sobre establecimientos excluyendo: refugios, centros diurnos y servicios de inserción familiar.	IMPO. Centro de Información Oficial. Normativas y avisos legales del Uruguay. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016

Año	Documento consultado	Fuente
2017	Ordenanza 483/017 del Ministerio de Salud Pública; Aprobación de normas para establecimientos que alojan adultos mayores.	Montevideo, MSP, 17/5/17. Recuperado de www.msp.gub.uy/.../resolución-nº-483-de-fecha-17-de-mayo-2017-aprobación-de-n...