

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Conociendo la atención de la salud en la vejez uruguaya a
través del equipo que trabaja con Personas Mayores APEX-
UDELAR y su dispositivo clínico asistencial

Camila Reboledo Quintana
Tutora: Sandra Sande

Tabla de contenido

Módulo I

Introducción	4
Presentación del tema.....	6
Un poco de historia: Acerca del programa Apex UdelaR.....	7
Acerca del dispositivo clínico asistencial.....	10
El desarrollo del dispositivo clínico asistencial en un contexto de reformas: la emergencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).....	11
Justificación.....	14
Objetivos de investigación.....	19
Preguntas de investigación.....	19
Hipótesis.....	20
Estrategia metodológica.....	21

Módulo II

Marco teórico

Capítulo I: Envejecer en un contexto comunitario: la experiencia de llegar a viejo/a en barrio Cerro.....	27
Capítulo II: La salud desde el paradigma de salud comunitaria.....	30
Capítulo III: Derechos Humanos en la vejez: visibilizar, promover, concientizar.....	35

Módulo III

Análisis y resultados de la investigación.....	39
--	----

Módulo IV

Reflexiones finales.....	53
--------------------------	----

Bibliografia.....	59
Anexos.....	61

Módulo I

Introducción

El presente documento constituye la monografía final de grado de la licenciatura en Trabajo Social, la cual ha sido realizada dentro del plan de estudios establecido en el año 2009, en la facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República (UdelaR).

El tema central deviene de un proceso de práctica pre profesional, realizado en el año 2020, en el cual la estudiante trabajó activamente dentro del equipo profesional del programa Apex-UdelaR, específicamente dentro del dispositivo clínico asistencial. El mismo se encuentra desarrollado en una policlínica comunitaria para personas viejas en el barrio Cerro de Montevideo.

A partir de dicha experiencia pre profesional, se propone conocer y aproximarse a algunos aspectos relativos a la atención de la salud a la vejez uruguaya desde la óptica del dispositivo clínico asistencial y su equipo de profesionales.

El documento constituye una investigación de carácter cualitativo, con un diseño metodológico flexible y con técnicas mixtas, direccionando la misma hacia un análisis documental de la temática a abordar, relacionado y complementado con entrevistas semiestructuradas a las profesionales del equipo.

Con la finalidad de organizar el cuerpo del documento, se presentará brevemente el desarrollo de la monografía.

En primer lugar, se realizará la presentación del tema. Por otra parte, y con el objetivo de contextualizar la temática a abordar, se realizará un recorrido histórico por el programa Apex y su dispositivo clínico asistencial.

También se realizará un recorrido histórico general acerca del área de la salud en Uruguay luego de la formalización del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

A continuación se presentará la justificación del documento, relacionando la temática con datos demográficos relevantes de la población objetivo: las personas viejas en Uruguay.

Por otra parte, se plantean los objetivos, generales y específicos, conjuntamente con las preguntas de investigación e hipótesis del documento. Debidamente se presentará el diseño metodológico elegido, el conjunto de técnicas a utilizar, además de la muestra seleccionada y su correspondiente justificación.

Como siguiente apartado se propondrá el marco teórico, con las categorías necesarias para analizar los resultados de la investigación, las cuales remiten a los conceptos vejez, salud, salud comunitaria y derechos humanos de las personas viejas. Dicho apartado será dividido en tres capítulos de acuerdo a las categorías explicitadas.

Por último, la estudiante dispondrá en el documento del análisis relativo a los resultados de la investigación y las conclusiones finales.

Anexo a ello, se establecerán las referencias bibliográficas y las muestras de las entrevistas realizadas.

Presentación del tema

El tema elegido busca profundizar el conocimiento sobre el dispositivo clínico asistencial de atención en salud del Programa Apex Cerro, específicamente el equipo que trabaja con Personas Mayores Apex-UdelaR, a través de documentación pertinente y entrevistas a sus profesionales.

La presente monografía de grado cimienta sus bases y antecedentes en el proceso de práctica pre-profesional efectuado por la estudiante dentro del equipo en el año 2020, realizado en su policlínica ubicada en el barrio Cerro de Montevideo. La investigación se propone conocer el dispositivo mencionado y su posicionamiento respecto al proceso de envejecimiento, en un contexto de atención de la salud desde una perspectiva integral y de derechos humanos de las personas viejas.

Para poder contextualizar históricamente el desarrollo del programa Apex y sus distintas áreas, resulta importante comprender el proceso de transformación que supuso el establecimiento de la Ley 18.211 (Sistema Nacional Integrado de Salud). Como se esboza más adelante en el documento, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), supuso colocar en la agenda pública derechos sociales tales como el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, mayor equidad, mejoramiento de la calidad, lo cual transformó estructuralmente la forma de gestión, financiamiento y atención de los centros e instituciones de salud en el país.

El programa Apex pertenece a la Universidad de la República (Udelar) y no se encuentra directamente en la órbita institucional del SNIS ya que es un programa universitario. Sin embargo, la creación y consolidación de dicha ley supuso una transformación estructural en el

campo de la salud en Uruguay, influyendo en todas las instituciones y programas relativos a la temática, como se verá a lo largo del documento.

Por otra parte, dentro del desarrollo de la monografía, resulta pertinente estudiar cómo el dispositivo clínico asistencial de Apex se posiciona ante la perspectiva de derechos humanos de las personas viejas, tomando los aportes del Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez en Uruguay 2016-2019, el cual incorpora estos derechos de acuerdo a un marco internacional latinoamericano.

Un poco de historia: Acerca del programa Apex UdelaR

Se trata de un programa universitario interdisciplinario, de acceso gratuito y con una continua inserción de profesionales y estudiantes de la Universidad de la República (UdelaR).

El mismo se propone entre sus objetivos la inserción en la comunidad del barrio Cerro y zonas aledañas dentro del Municipio A de Montevideo¹ de los servicios universitarios de la UdelaR, los cuales implican la construcción de espacios de promoción de la educación, en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de la población. Para lograr dichos objetivos, el programa promueve proyectos descentralizados que impliquen determinadas funciones universitarias (aprendizaje, investigación y extensión).

A modo introductorio, se realiza un breve pasaje por la historia de dicho programa.

En líneas generales, el programa Apex nace en el año 1993 producto de un proceso de integración de ideas y proyectos entre diversas entidades y profesionales insertos tanto en la

¹ Dentro del Municipio A se encuentran los Centros Comunes Zonales 14, 17 y 18, los cuales abarcan aproximadamente 50 barrios de la capital.

UdelaR como en los institutos de Medicina, Odontología, Psicología y Servicio Social, interesados por la proyección del concepto “salud pública”, pero desde una perspectiva comunitaria, algo inédito hasta ese momento (Programa Apex Cerro Historia, 2021).

La puesta en práctica de dicho programa se realizó a partir de la conformación del Grupo Universitario Multiprofesional (GUM) en el año 1990. Con objetivo de promover la extensión universitaria, diversas entidades educativas elaboraron un proyecto de programa, el cual incluiría el proceso enseñanza/aprendizaje, pero también la prestación de servicios de salud a la comunidad del barrio Cerro y sus zonas aledañas.

El GUM, si bien desde el inicio estuvo interesado en convenios interinstitucionales para el sustento financiero y edilicio del programa, adoptó como uno de sus principios rectores no interferir en el funcionamiento de programas e instituciones ya instalados en la zona (Programa Apex Cerro Historia, 2021).

En el año 1991, dos años antes de la consolidación del programa:

Se lleva a cabo la primera convocatoria hacia la conformación del Grupo de Coordinación Interinstitucional (GCI) con vistas a lograr un programa coordinado de APS. El mismo se integró con la participación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) dependiente del Ministerio de Salud Pública, la Intendencia de Montevideo, la Gerencia de Salud del Banco de Previsión Social y la División Primera Infancia del Instituto Nacional del Menor (INAME). En noviembre, se convoca a una primera reunión con las organizaciones sociales del Cerro, a efectos de conocer los problemas y las necesidades más sentidas en la zona en materia de salud. (Programa Apex Cerro Historia, 2021, s/p)

Ya en el año 1993 y debido a la solidaridad y empatía hacia el proyecto, la comisión que integraba el entonces frigorífico del Cerro S.A, cede mediante préstamos las primeras localidades para la conformación del espacio (Apex Cerro Historia, s.f).

Desde sus inicios, el programa Apex constituye un espacio de amplia proyección tanto comunitaria como universitaria, gracias a que sus programas, actividades y servicios van dirigidos a la población ubicada en la zona del Cerro y otros barrios que comprendan el Municipio A de Montevideo, de la mano de profesionales de la UdelaR y estudiantes de dicha institución, los cuales trabajan realizando prácticas e investigaciones en los diversos espacios. El rol de la UdelaR como creador del programa es sumamente importante, ya que allí profesionales y estudiantes desempeñan tareas que constituyen procesos de aprendizaje, investigación y extensión.

Debido a un claro objetivo de estructuración y especialización, el programa Apex divide sus espacios en dos grandes áreas. La primera de ellas remite al área social y territorial, donde profesionales y estudiantes atienden de forma directa las demandas de la comunidad. (Apex Cerro Equipos y proyectos, 2021)

Por otra parte, se encuentra el área de salud comunitaria, el cual será objeto de análisis en la presente monografía. Allí se dividen los diversos equipos y proyectos de acuerdo a los ciclos de vida (infancia, juventud y vejez). Dicha área se propone la producción de un concepto de salud desde una perspectiva integral y comunitaria mediante su actividad en escuelas, sindicatos y policlínicas barriales. (Apex Cerro Equipos y proyectos, 2021)

Dentro de esa área, el equipo de trabajo se organiza en cuatro dispositivos que ordenan el accionar de los profesionales/estudiantes y facilitan la organización de recursos y actividades,

los mismos son: “1- Dispositivo clínico-asistencial, 2- Dispositivo comunitario, Dispositivo de coordinación interinstitucional e intersectorial y por último 4- Dispositivo de comunicación y debate.” (Apex Cerro Adultos Mayores, 2021, s/p)

La presente monografía prestará especial atención al primer dispositivo.

Acerca del dispositivo clínico-asistencial

El mismo puede definirse como una institución de enseñanza superior orientada a la atención de la salud de las personas viejas dentro de la comunidad del barrio Cerro y zonas aledañas. Su policlínica se encuentra en Haití 1606, Montevideo.

El dispositivo es coordinado directamente por el equipo que trabaja con personas mayores dentro del programa Apex, el cual se conforma por licenciadas en Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo Social. Por otra parte, forman parte del equipo estudiantes de la UdelaR, quienes anualmente o de forma semestral realizan prácticas en dicho espacio. También el espacio incorpora estudiantes de grado y posgrado para investigaciones.

Se encuentra en actividad desde el año 1993 y tiene como objetivo principal acercar a las personas viejas de la comunidad a un Primer Nivel de Atención de salud pública. Al ser una institución inserta en la comunidad, el dispositivo promueve una atención de la salud realizando especial énfasis en el entorno de la persona y su estilo de vida.

Respecto al acceso e ingreso de las personas viejas al dispositivo, las mismas pueden ser derivadas a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y sus diversas instituciones ubicadas dentro del territorio de acción que posee el programa (Municipio A y barrios comprendidos).

También es posible que las personas viejas puedan acceder por su propia voluntad, llamando o presentándose a la policlínica para agendar una cita, o a través de familiares que se encuentren interesados en el seguimiento de la persona por algún motivo específico.

En cuanto al modo de proceder ante un primer acercamiento de la persona a consulta, dicho dispositivo:

Busca, en el menor tiempo posible, contar con la evaluación de todas las disciplinas, que conciba a la persona en su integralidad y permita acordar la jerarquización de las indicaciones. Como instrumento de registro, se cuenta con una historia clínica compartida. En ella, se recaba información geriátrica, nutricional, psicológica y social. En el accionar, se busca respetar los derechos de los usuarios -pilares del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)-, para generar vínculos democráticos y respetuosos entre estos y el equipo de salud. (Álvarez et al., 2018, p. 79)

El desarrollo del dispositivo clínico asistencial en un contexto de reformas: la emergencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Desde la perspectiva de los autores González y Olesker (2009), la reforma de salud que tuvo como consecuencia la creación del SNIS y su correspondiente ley, ha sido producto de un proceso de reforma política con la llegada del Frente Amplio al poder del Estado uruguayo a partir del año 2005. Dicho proceso fue paulatino, con sucesivos decretos gubernamentales y leyes que constituyeron la consolidación de la reforma.

Una de las iniciativas más importantes en dicho contexto fue la creación de un Consejo Consultivo, el cual fue impulsado por el entonces presidente de la República Dr. Tabaré

Vázquez. El Consejo fue presidido por la Ministra de Salud y delegados de las siguientes organizaciones: Ministerio de Salud, Instituciones de Asistencia Médico Colectiva, Asociaciones de Médicos, Asociaciones de Odontólogos, Asociaciones de Psicólogos, trabajadores de Salud pública y privada, Universidad de la República a través de su área Salud, Congreso de Intendentes y Asociaciones de Usuarios de servicios de salud (González y Olesker, 2009). El objetivo principal de dicho Consejo era instaurar un espacio social de comunicación y debate para poder implementar el SNIS.

Otro suceso sumamente importante fue la consolidación en el año 2007 de A.S.S.E. como un organismo descentralizado, encargado de garantizar el derecho al acceso y la atención de la salud de todos los uruguayos, en coordinación con otros servicios estatales y privados:

Esta empresa pública de servicios de salud integra el SNIS, tiene por propósito garantizar el derecho a la atención a la salud de los uruguayos, coordinando con los otros servicios estatales (Ley 18.161, artículo 4). Está dirigida por un Directorio de 5 miembros, tres de los cuales son designados por el Poder Ejecutivo y otros dos directores representan a los trabajadores y usuarios. También se creará un Consejo Honorario Nacional y Departamentales, para ampliar la participación de usuarios y trabajadores y para asesorar al Directorio. (González y Olesker, 2009, p. 56)

El 13 de diciembre del año 2007, es finalmente publicada la Ley nº 18.211 que da paso a la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Respecto a los principales objetivos de la reforma, se puede esbozar que dicho sistema supone una cobertura universal e integral de las actividades concernientes a la atención y la mejora de la salud y calidad de vida de la población,

incidiendo directamente en los diversos territorios (focalizando especial atención en las poblaciones en situación de vulnerabilidad social), con coordinaciones entre entidades gubernamentales tanto nacionales como departamentales (González y Olesker, 2009).

Dentro del SNIS, el concepto descentralización resulta crucial ya que dicho sistema, a través del Plan Integral de Prestaciones de Salud, clasifica diversas temáticas y grupos etarios en programas de atención, con la finalidad de acercar los servicios y recursos a toda la población de una forma más eficaz y específica. Tal y como mencionan González y Olesker (2009), a través del SNIS se crea un sistema nacional integrado de salud. Anterior a su creación, existían dos subsistemas fragmentados y sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad.

Otro concepto clave presente en el SNIS es la concepción de atención de la salud a través de redes de trabajo. En el capítulo IV de la Ley n° 18.211, se explicita que la salud será atendida a través de tres niveles de atención, los cuales serán diferenciados de acuerdo a las necesidades y estado de salud de las personas. A su vez se fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos (Art. 39).

Por todo lo anterior, resulta relevante tener presente lo que representa el SNIS en los diversos programas e instituciones, ya que (en principio), contribuye a una visión particular de la atención de la salud. En este sentido, Álvarez et al (2018), profesionales que integran el dispositivo clínico asistencial, asumen que la creación del SNIS supuso profundas transformaciones en el área:

El cambio en el modelo de atención plantea pasar de un enfoque biomédico a uno preventivo, de una visión hospitalocéntrica a una visión de la comunidad. Prioriza la estrategia de atención primaria en salud (APS), el primer nivel de atención, las acciones focalizadas en la prevención y promoción de salud y la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Todo ello desde una perspectiva territorial, que implica la atención en salud en el lugar donde transcurre y se desarrolla la vida cotidiana de las personas, donde se producen y reproducen los determinantes de la salud. (Álvarez et al, 2018, pg. 11-12)

En síntesis, resulta particularmente importante conocer el recorrido histórico que ha atravesado el programa Apex y su dispositivo clínico asistencial, el cual ha logrado integrar las disposiciones del SNIS y sus principios rectores, en cuanto a la atención a la salud de las personas viejas que acceden a servicios, recursos y actividades dentro del territorio en el cual viven y desarrollan su cotidianeidad.

Justificación

Resulta prioritario esbozar en el presente apartado algunos datos sociodemográficos importantes a la hora de presentar el por qué es necesario realizar una investigación que adopte como uno de sus ejes principales el estudio del proceso de envejecimiento y, en sí, la vejez en un determinado contexto institucional y a su vez comunitario.

Es necesario aclarar que en la monografía no se presentarán antecedentes debido a que el dispositivo clínico asistencial constituye un programa considerado novedoso, debido a su enfoque en la atención de la salud de las personas viejas dentro de la comunidad y con una perspectiva educativa, inclinado a la investigación, enseñanza y aprendizaje por parte de

profesionales y estudiantes. Por lo tanto no se han encontrado antecedentes de investigación pertinentes y relacionados directamente a las temáticas abordadas.

A los efectos de comprender el proceso de transición demográfica en América Latina a partir del 1900, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), clasifica a Uruguay como un país de baja natalidad y baja mortalidad, lo cual lo convierte en un país cuya estructura de población es sumamente envejecida (INMAYORES, 2015).

Uruguay se encuentra en la etapa avanzada de la transición demográfica presentando una baja tasa de natalidad de 13.3 nacimientos por mil habitantes y una baja tasa bruta de mortalidad de 9.5 defunciones por mil para el año 2015. El índice de envejecimiento ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenida pasando de 51 en 1996 a 67 en 2015. (INMAYORES, 2015, p. 28)

Desde un punto de vista demográfico y social, el envejecimiento en Uruguay constituye una temática importante, ya que el proceso de envejecimiento de su población ha predominado en las últimas décadas:

Las proyecciones de población indican que en Uruguay irá incrementando la proporción de personas mayores de 60 años. La prolongación de la esperanza de vida producirá un aumento de la población de 75 años y más dentro del conjunto de personas mayores, proceso conocido como “envejecimiento del envejecimiento” (INMAYORES, 2015, p. 13).

El proceso de sobre-envejecimiento de la población podría implicar una mayor demanda de servicios tanto de cuidados como de salud, lo cual remite a largo plazo un mayor involucramiento tanto de las familias como del Estado respecto a las necesidades de dicha población.

Otro aspecto importante respecto al envejecimiento en Uruguay es el proceso continuo de feminización del envejecimiento, siendo las mujeres viejas quienes poseen una mayor esperanza de vida al nacer. (Álvarez et al, 2018).

Datos estadísticos y sociodemográficos han esbozado, sin embargo, que pese a tener una esperanza de vida mayor, las mujeres viejas uruguayas “pasan más años de vida con ciertas limitaciones funcionales que los varones debido a las inequidades sufridas en el transcurso de sus vidas” (INMAYORES, 2015, p. 55). Ello sugiere que en Uruguay no sólo se produce un fenómeno de sobreenvjecimiento poblacional, sino también, un envejecimiento que se encuentra transversalizado por desigualdades de género.

A priori y sin el análisis pertinente, el envejecimiento de la población uruguaya no debería plantearse como una problemática social. Sin embargo, reviste especial atención cuestionar si las personas viejas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, de género, entre otras, reciben los recursos y servicios necesarios para una buena calidad de vida y un estado de salud favorable, entendiendo dicho concepto desde toda perspectiva (médica, nutricional, psicológica y social):

Por lo anteriormente expuesto, el proceso de envejecimiento supone desafíos en términos de salud (aumento de la esperanza de vida), de cuidados (demanda de apoyo y servicios formales), sociales (acceso a prestaciones sociales, nuevos arreglos familiares y redes de apoyo), culturales (acceso a bienes y servicios culturales) y psicológicos (abordaje de la soledad, los vínculos, la viudez, etcétera). (Álvarez et al, 2018, p. 29)

En la presente investigación se intenta abordar la vejez en Uruguay sin perder de vista estos aspectos, cuestionando de forma crítica y fundamentada al dispositivo clínico asistencial del

programa Apex a través de documentación pertinente y entrevistas a referentes del equipo profesional que mantiene contacto directo con las personas viejas usuarias. Respecto a las fuentes de información para realizar la presente monografía, la estudiante, en base a un procedimiento metodológico cualitativo, tomó dos técnicas diferentes: el análisis documental y las entrevistas de tipo semiestructuradas.

En primer lugar, se toma en cuenta el libro “Trabajo con personas adultas mayores: un abordaje integral en comunidad”, el cual fue escrito por el equipo de trabajo que integra el dispositivo clínico asistencial y ha sido publicado en el año 2018. En segundo lugar, se utiliza la información recabada de la Revista IT, la cual es editada por el programa Apex Cerro de la Udelar, de ésta se generaron los resultados de estudios e investigaciones de carácter social y mayormente enfocados en la temática de salud comunitaria.²

Por otra parte, se cuenta con documentos relativos tanto del proceso de reforma del SNIS como del Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez en Uruguay.

Por último, se realizaron entrevistas a referentes del dispositivo clínico asistencial, en la búsqueda explícita de complementar lo estudiado, analizado e interpretado en la documentación.

Es menester señalar que la presente investigación se posiciona desde una concepción de salud que supera una visión biomédica respecto a la atención de la salud en las personas viejas, entendiendo que los estados de salud remiten a factores sociales, económicos, culturales y comunitarios que es necesario tener presente en los procesos de atención.

² Las publicaciones utilizadas han sido: “Ensayo: Aportes para una construcción integral en salud.” Revista IT, Vol. 2, Nº 2. Escrita por Cardozo, D. Meerhoff, G. Pereira, P. Ruétalo, R. (2012). Y “Acerca del concepto de salud comunitaria.” Revista IT. Nº1. Vol. 1. Escrita por Saforcada, E. (2010).

En el dispositivo clínico asistencial, el equipo de profesionales maneja el concepto de valoración geriátrica integral, el cual es pertinente tener presente. Remite a evaluar de forma interdisciplinaria a la persona vieja dentro de policlínica, estableciendo primeramente un diagnóstico inicial que resulta de la valoración de todas las profesiones: Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo social.

Dentro de la valoración geriátrica integral, se encuentran: valoración clínica, funcional, mental, cognitiva, afectiva y social, las cuales son debidamente documentadas en una historia clínica escrita por el equipo de profesionales. Luego, el equipo define el tipo y nivel de atención adecuado a las necesidades de la persona, identificando si la misma debe recibir un tratamiento preventivo, curativo, rehabilitador o paliativo respecto a su condición de salud (Álvarez et al, 2018).

Entre todos los beneficios de la valoración geriátrica integral, está demostrado que disminuye la mortalidad, mejora la capacidad funcional y cognitiva, optimiza y aumenta la utilización de los servicios de salud y de los recursos comunitarios, disminuye la necesidad de hospitalización y de reingresos hospitalarios y permite la detección oportuna de las personas adultas mayores más vulnerables. (Álvarez et al, 2018, p. 37)

Una concepción de salud integral en la vejez debe necesariamente percibir a la persona vieja en su totalidad, contemplando sus necesidades físicas y cognitivas (relativas a actividades de autocuidado como por ejemplo moverse, vestirse, alimentarse, bañarse, entre muchas otras; o actividades como por ejemplo deportivas y culturales, recreativas); sus necesidades afectivas, las cuales remiten a identificar si la persona se encuentra psicológicamente estable, descartando trastornos como por ejemplo la depresión; por último es imprescindible contemplar las

necesidades sociales de la persona, conociendo su relación con el entorno cercano, su vínculo familiar y social. En otras palabras, percibir y entender a la persona dentro de un contexto cultural, social y económico específico (Álvarez et al, 2018).

Como ha sido mencionado por las profesionales que participan dentro del dispositivo clínico asistencial, luego de todo el proceso mencionado y las correspondientes valoraciones, se realiza dentro del equipo un listado de los problemas identificados, antes de comenzar con el abordaje integral de la persona.

El proceso a la hora de evaluar las condiciones de salud en la vejez, procura apartarse de una perspectiva de salud biomédica, enfocada prioritariamente en aliviar síntomas biológicos y/o en proponer tratamientos médicos a diversas enfermedades, entendiendo que en el proceso de envejecimiento importa tener en cuenta el transcurso de la vida cotidiana de las personas viejas: si realizan actividades, si mueven su cuerpo, si ejercitan y estimulan su mente, si comparten o se vinculan con otras personas, cómo se sienten emocional o psicológicamente, si tienen redes de apoyo o de cuidado.

Objetivos de investigación

Objetivo general

Conocer el dispositivo clínico asistencial del Programa Apex- UdelaR ubicado en barrio Cerro a partir de documentos institucionales y desde la perspectiva del equipo de profesionales, para poder dilucidar la atención de la salud de las personas viejas usuarias.

Objetivos específicos

1- Identificar el funcionamiento interno y dinámica de trabajo del equipo multidisciplinario en policlínica.

2- Indagar sobre el proceso de atención de la salud a las personas viejas usuarias a través del equipo de profesionales que integra el dispositivo: su relacionamiento con las personas viejas, modalidad de atención, visión respecto al tratamiento de la salud y perspectiva de derechos humanos.

Preguntas de investigación

- ¿Cómo se conforma el dispositivo clínico asistencial de Apex-UdelaR ubicado en la comunidad del barrio Cerro?
- ¿De qué forma se visibilizan y protegen los derechos humanos de las personas viejas usuarias desde ese dispositivo?
- ¿Emerge a través del dispositivo clínico asistencial y su equipo de profesionales una nueva visión, entendimiento y atención de la salud dentro de la comunidad?

Hipótesis

- Se estima que dicho dispositivo representa una innovación respecto al tratamiento de la salud en las personas viejas en Uruguay, debido a su enfoque territorial en un barrio

específico, su acercamiento directo a la comunidad, su accesibilidad, su visión integral e interdisciplinaria acerca del concepto salud y su proceso de atención particular de acuerdo a la situación de la persona que asiste a policlínica.

- La protección, promoción y consolidación de los derechos humanos de las personas viejas en las diversas áreas del dispositivo (atención individual en policlínica, grupo cine-foro y taller de libre expresión), se expresa a través del equipo de profesionales y estudiantes mediante diversas acciones (explícitas e implícitas).
- Debido a cómo se estructura dicho dispositivo, incorporando múltiples disciplinas (Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo Social); adoptando en sus planes de trabajo la participación activa de las personas viejas en el tratamiento de la salud; teniendo presente en todo el proceso una perspectiva de derechos humanos hacia la persona usuaria, es posible afirmar que el equipo genera en la comunidad receptora un mayor conocimiento y reconocimiento de su situación de salud, a través de un contacto más estrecho con las/los profesionales, desestimando relaciones rígidas médico-paciente, que antaño constituyeron la dinámica interactiva más común en las instituciones de salud.

Estrategia metodológica

La presente monografía se propuso el estudio del tema elegido mediante una metodología cualitativa con técnicas mixtas.

En palabras de Vasilachis (2006), la investigación cualitativa se ocupa del estudio, recolección y análisis de datos empíricos (estudios de caso, entrevistas, experiencia personal,

textos observacionales), los cuales siempre hablan acerca de una problemática o situación particular y cómo es percibida por las personas que la vivencian.

En cuanto a las características de dicha metodología:

La investigación cualitativa está: a) fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, b) basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y c) sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto. (Vasilachis, 2006, p. 25)

Al respecto, Vasilachis (2006) considera que la investigación cualitativa resulta sumamente importante como herramienta metodológica al momento de estudiar, analizar y comprender los fenómenos sociales. Sus métodos y técnicas resultan ser flexibles, variadas y adaptables al contexto de investigación, lo cual facilita al investigador/a la posibilidad de elegir cual resulta más pertinente de acuerdo al tema de investigación, población objetivo y objetivos de investigación.

Específicamente, el presente trabajo utiliza un tipo de investigación cualitativa, la cual adopta como una de sus técnicas el análisis documental. Como es evidente, la obtención de información mediante documentos pertinentes en la investigación será fundamental:

El término documento se refiere a la amplia gama de registros escritos y simbólicos, así como a cualquier material y datos disponibles. Los documentos incluyen prácticamente cualquier cosa existente previa y durante la investigación, incluyendo relatos históricos o periodísticos, obras de arte, fotografías, memoranda, registros de acreditación, transcripciones de televisión, periódicos, folletos, agendas y notas de reuniones, audio o videocintas, extractos presupuestarios o estados de cuentas, apuntes de estudiantes o profesores, discursos. Los datos obtenidos de los

documentos pueden usarse de la misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones. (Erlandson et al en Valles, 1999, p. 120)

Particularmente, respecto a la documentación necesaria para estudiar y explorar el programa Apex y su dispositivo clínico asistencial a lo largo de la historia, el equipo de trabajo del dispositivo clínico asistencial proporcionó el material. Uno de ellos es el libro “Trabajo con personas adultas mayores: un abordaje integral en comunidad”. También se utilizaron artículos publicados en la revista científica de su autoría llamada IT. Los siguientes son: “Acerca del concepto de salud comunitaria”(Saforcada, E. 2010) y “Aportes para una construcción integral en salud”(Cardozo, D. Meerhoff, G. Pereira, P. Ruétalo, R. 2012).

Acerca de la documentación sobre la ley SNIS y la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la estudiante utilizó material escrito desde las instituciones responsables de su creación. En primer lugar, se tomaron los aportes del documento “La construcción del Sistema Internacional Integrado de Salud 2005-2009”, el cual ha sido publicado por el Ministerio de Salud Pública. Por otra parte, se utilizó la información contenida en el “Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019”, publicado por el Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de las Personas Mayores.

Los documentos mencionados fueron utilizados como parte de la muestra en la investigación y son considerados, tomando los aportes de Corbetta (2007), documentos institucionales. En palabras del autor, los documentos institucionales pueden convertirse en “datos” para la investigación y constituyen material empírico para estudiar los fenómenos sociales más variados. El autor menciona que, pese a ser documentos derivados de determinadas instituciones,

las cuales transmiten determinado contexto sociohistórico y cultural, también pueden proporcionar información acerca de la vida cotidiana de las personas, además de sus opiniones.

Sin embargo, Corbetta (2007) reconoce las limitaciones de la aplicación de dicha muestra en las investigaciones cualitativas, afirmando que los documentos institucionales reflejan una “versión oficial” de lo que ocurre en realidad dentro de las mismas, obviando apreciaciones personales de los sujetos implicados directamente en el entramado institucional.

Los documentos institucionales reflejan exactamente lo que su definición sugiere, es decir, la dimensión institucional de los fenómenos estudiados, que ciertamente es distinta de la dimensión personal. Recordemos de nuevo que existe una diferencia clara en la forma de considerar la realidad social entre los documentos personales y los documentos institucionales, aunque obviamente, esta diferencia no significa inferioridad de ninguna de las dos perspectivas. (Corbetta, 2007, p. 403)

El análisis documental en la metodología cualitativa desde la perspectiva de Ortega et al (2015), se orienta principalmente a la búsqueda, selección, análisis, crítica y posterior interpretación de datos que a priori son considerados como secundarios, ya que forman parte (generalmente) de investigaciones anteriores y son registrados en fuentes documentales que pueden ser impresas, audiovisuales o incluso electrónicas.

A partir de esta selección de información, el investigador delimita ciertas categorías teóricas para su propia investigación, de acuerdo a la temática y problemas identificados.

De acuerdo a los autores/as, la forma correcta de utilizar la presente técnica es conservando la información recabada de una manera organizada, para posteriormente poder analizarla de forma crítica, teniendo presente siempre el problema de investigación o temática a abordar.

Por otra parte, de acuerdo a Ortega et al (2015), resulta común en este tipo de técnica la presencia de ciertos vacíos conceptuales o de información en el desarrollo de la investigación, los cuales pueden servir en el futuro como puntapié de acciones para posteriores investigaciones.

Ahora bien, en la presente investigación también se utiliza como técnica la entrevista, con el objetivo de relacionar e interpretar lo analizado en la documentación con el relato del equipo de trabajo que integra el dispositivo, lo cual puede ser sumamente esclarecedor a la hora de resolver ciertos interrogantes que quedaron presentes luego del análisis documental.

En palabras de Corbetta (2007), la entrevista en la metodología cualitativa es una conversación anteriormente pactada por la/ el entrevistador/a, que se realiza a personas involucradas en la temática a estudiar, la cual es dirigida por la persona que realiza la entrevista de acuerdo a un plan de preguntas flexible y no estandarizado.

El objetivo principal de la entrevista como técnica es conocer la perspectiva del sujeto entrevistado respecto a la temática que se quiere conocer y estudiar, permitiendo que se exprese con sus propias palabras (Corbetta, 2007).

Específicamente, en la presente monografía se utiliza la entrevista de tipo semiestructurada. Al decir de Corbetta (2007), en este caso la persona que entrevista tiene una especie de guión de preguntas que utiliza como esquema o marco en toda la conversación. Entre sus beneficios, se encuentra la posibilidad de presentar un orden flexible respecto a la presentación de los temas a tratar, de acuerdo a cómo transcurra el desarrollo de la entrevista: “Esta forma de realizar la entrevista concede amplia libertad tanto al entrevistado como al investigador, y garantiza al

mismo tiempo que se van a discutir todos los temas relevantes y se va a recopilar toda la información necesaria.” (Corbetta, 2007, p. 353)

Luego del estudio, análisis e interpretación de la información obtenida en ambas técnicas cualitativas, se realiza un análisis integrado con los datos obtenidos, introduciendo las categorías teóricas seleccionadas.

Respecto a la muestra de investigación seleccionada, las personas entrevistadas son profesionales que integran el equipo de trabajo dentro del dispositivo clínico asistencial. Las mismas, trabajaron con la presente estudiante en el año 2020 dentro del dispositivo y accedieron a la realización de las entrevistas. Por cuestiones éticas y respetando el criterio de privacidad, se referirá a las mismas por sus profesiones, no por sus nombres.

Para conocer, comprender e interpretar el funcionamiento del dispositivo clínico asistencial, su dinámica de trabajo, su influencia en la comunidad y su aporte a las personas viejas, resulta prioritario conocer el discurso de las profesionales que llevan a cabo directamente dicha labor, conjugando las tareas docentes propias de una institución de enseñanza y aprendizaje universitaria, con las tareas habituales dentro de una policlínica de estas características.

Como se mencionó anteriormente, las entrevistas se realizaron en base a una serie de preguntas guía, que transversalizan cada encuentro, pero es menester señalar que cada entrevista tuvo su particularidad, siendo las mismas de tipo semiestructuradas.

Si bien no todas las preguntas fueron explicitadas por la estudiante, se abordaron todas las temáticas que las mismas incluían.³

³ Ver Anexo I

Entrevistar a dichas profesionales resultó fundamental en la investigación, debido a que el objetivo principal fue conocer el funcionamiento interno del dispositivo, su visión respecto a la atención de salud dentro de la comunidad y su forma específica de trabajar con las personas viejas dentro de policlínica. Debido a la utilización de documentación que consideramos pertinente en este trabajo, y que fuera mayoritariamente realizado por las propias técnicas a cargo, las entrevistas resultaron prioritarias para poder establecer similitudes y diferencias entre el discurso institucional expuesto en los escritos, y las experiencias vividas en la labor profesional de las docentes a lo largo de los años trabajados dentro del dispositivo. Si bien las autoras que escribieron parte de los documentos utilizados son quienes han sido entrevistadas para el presente trabajo, se puede dilucidar en las entrevistas otros aspectos relevantes, sin perder en cuenta lo explicitado por Corbetta (2007), respecto al discurso institucional y sus limitaciones, al no tener en cuenta la perspectiva de los actores directamente involucrados, en este caso, las personas viejas que participan del espacio.

Módulo II

Marco teórico

Capítulo I

Envejecer en un contexto comunitario: la experiencia de llegar a viejo/a en barrio Cerro

Para poder conocer y comprender ciertos prejuicios sociales y preconceptos en torno a la vejez que se encuentran arraigados culturalmente, resulta esclarecedor enunciar los aportes de

Ludi (2012), quien asegura que envejecer es un proceso sumamente particular y complejo, atravesado por múltiples aristas (socioeconómicas, culturales, étnicas-raciales, simbólicas, entre muchas otras), las cuales particularizan cada situación de vejez que transitan las personas a lo largo de la vida y las cuales es necesario conocer a profundidad.

Ludi (2012) visibiliza la vejez a partir de su contexto específico, afirmando que cada proceso de envejecimiento es una “situación de vejez” concreta:

Cuando hablamos de situaciones de vejez, específicamente hacemos referencia a situaciones personales, particulares, singulares de viejos, que se corresponderá con la contención y respuesta que cada trama relacional familia-sociedad, hace a sus requerimientos: físicos, afectivos, psicosociales y socioculturales. (Ludi, 2012, p. 29)

Por otra parte, la autora asume que al momento de analizar las diversas situaciones de vejez se debe contemplar la serie de condiciones materiales y simbólicas de vida de la persona vieja. En otras palabras, es preciso tener presente su acceso (o no) a bienes y servicios, a recursos (sociales, económicos, culturales), su cobertura (o no) de necesidades primarias y secundarias como alimentación, abrigo, vivienda, salud, educación, a espacios de esparcimiento y contención, acceso a grupos de pares, entre otras.

Otro aspecto sumamente importante, el cual transversaliza el estudio del proceso de envejecimiento, remite a considerar a las personas viejas de acuerdo a sus diferencias de género, etnia, clase social, religión, entre otras. En este sentido, Ludi (2012) menciona que tener presente dicho aspecto permite tener en cuenta la identidad de la persona y reconocerla, evitando “encasillarla” de acuerdo a mandatos o prejuicios sociales.

Ludi (2012) adopta algunos aportes de Salvarezza (1998), quien asume que la gran mayoría de las culturas presentan una serie de nociones negativas en torno a la vejez. Esta serie de prejuicios sociales remiten, según ambos autores, a un concepto denominado “viejismo”. Se denomina viejoismo a cualquier mecanismo de exclusión y discriminación social hacia las personas viejas, sobre todo desde la población joven, la cual evita a toda costa envejecer.

Para el Dr Salvarezza, el riesgo de asumir esta actitud es que al no entrar en contacto con “ellos”, con los viejos, no podemos identificarnos con la vejez, con los viejos que vamos a ser; no podemos saber cuáles son sus reales deseos, necesidades, sabores y sinsabores. (Ludi, 2012, p. 26)

Lo que resulta aún más preocupante, es que, producto del distanciamiento social hacia los/as viejos/as, son éstos/as quienes también experimentan sentimientos de vergüenza al admitir su edad, temen a sus cambios fisiológicos y biológicos y muchas veces se encuentran añorando la juventud del pasado, perpetuando de esta manera el persistente viejoismo (Ludi, 2012).

En la presente monografía, a estas personas se les llamará viejos y viejas, intentando problematizar prejuicios sociales, sin desconocerlos. En palabras de Ludi (2012):

En la mayoría de los casos, esta ideología determinada por nuestra inserción sociocultural permanece inconsciente para nosotros, y solo es posible detectarla, por el ojo entrenado, a través de los aspectos conscientes de la misma. Es decir, observando la conducta cotidiana y reiterada que se utiliza en trato directo con las personas viejas. (p. 24)

Por otra parte, resulta conveniente tener presente su clásica definición de vejez y envejecimiento, debido a que puede ser pertinente al momento de analizar el dispositivo clínico

asistencial de Apex, el cual aborda la vejez desde múltiples aristas, procurando el acceso a servicios de salud desde una perspectiva integral, con un equipo multidisciplinario.

Sostenemos que la vejez se configura como una construcción socio-cultural, sobre determinada por dimensiones contextuales socio-económico-político-culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físico-biológico-psicológico y social, constituyéndose en una experiencia única con relación a estos aspectos y dimensiones. (Ludi, 2012, p. 28)

Capítulo II

La salud desde el paradigma de salud comunitaria

Debido a que el dispositivo clínico asistencial del programa Apex desempeña sus actividades y otorga sus servicios en una policlínica, es menester tener presente la categoría salud durante todo el desarrollo de la monografía.

En principio, una definición de salud general podría dar comienzo al análisis de dicha categoría, en este sentido:

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o padecimientos. Llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito. (INMAYORES, 2015, p. 55)

Profundizando más dicho concepto, y como se ha mencionado anteriormente, el dispositivo clínico asistencial del programa Apex ha enfocado su intervención con las personas viejas adaptando a su dinámica de trabajo ciertas normativas presentes en la reforma y consiguiente

Ley 18.211 (SNIS), la cual ha procurado un nuevo modelo de atención universal de la salud, enfocado en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Tal y como afirman Ase y Burijovich (2009), a partir de la década de los noventa, la sociedad se ha cuestionado severamente acerca del rol que el Estado debe cumplir en torno a los recursos y servicios (sociales, económicos y culturales) básicos para toda la población.

Particularmente respecto al área de la salud, se ha evidenciado que debe ser atendida desde una perspectiva de derechos humanos, respetando ciertos preceptos tales como: el acceso a los servicios de salud a nivel nacional, pero también local, tanto para zonas urbanas como rurales; la participación permanente y activa de la comunidad en actividades concernientes a la temática y, sobre todo, la implementación de un Plan Integral de Salud.

Ahora bien, es menester señalar una definición explícita de APS, para poder relacionar dicho concepto con el funcionamiento del dispositivo clínico asistencial Apex:

La Declaración de Alma Ata define a la APS como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud. (Ase y Burijovich, 2009, p. 33)

Por otra parte, el presente enfoque de la salud desde una perspectiva de derechos implica el desarrollo de niveles de atención, como se ha mencionado en apartados anteriores, con el propósito de categorizar los servicios y recursos, atendiendo de forma específica y a su vez integrando todas las necesidades de la comunidad (Ase y Burijovich, 2009).

Relacionando lo explicitado con el dispositivo clínico asistencial, el mismo ha adaptado sus diversos planes de trabajo a partir de esta nueva visión de salud, incluyendo en sus iniciativas preceptos tales como: promoción de salud en base al entorno en el cual las personas viejas viven y desarrollan su vida cotidiana, conocimiento del estilo de vida de estas personas, conocimiento y promoción de los derechos humanos en el momento de atención y consulta (Álvarez et al, 2018). En palabras del equipo multidisciplinario que integra el dispositivo clínico asistencial:

La salud es concebida desde el paradigma de salud comunitaria, en el que la comunidad es el componente principal en la producción de salud y el equipo multidisciplinario es colaborador o participante; en este caso, la participación es entendida como el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia, porque es suya. (Álvarez et al, 2018, p. 12)

Dicho paradigma comprende a la población receptora de servicios y recursos como sujeto de derechos humanos y sociales, implicando su participación como fundamental en el tratamiento y atención de la salud.

Como se ha mencionado anteriormente, la emergencia del Frente Amplio en el poder a partir del año 2005 supuso una serie de transformaciones estructurales muy importantes, incluidas las reformas respecto al sistema de salud. Tal y como afirman Cardozo et al (2012), anteriormente Uruguay tenía una visión de salud tradicional, con una óptica hospitalocéntrica respecto al tratamiento y atención de la misma. A partir de la reforma y la creación del SNIS, el Estado focalizó su atención en tres pilares fundamentales: aumento de cobertura (universalización de los servicios y recursos), descentralización de los servicios y fortalecimiento de la APS, mencionada anteriormente.

Estas transformaciones han generado que la atención de la salud pueda ser recibida por la población desde el territorio en el cual las personas habitan y desarrollan su cotidianeidad.

En nuestro país cada vez más las personas disponen de centros de salud o policlínicas ubicadas en su propio barrio o localidad. Existe una aproximación física del sistema de salud y la asistencia al territorio donde vive la gente. (Cardozo et al, 2012, p. 58)

El espacio donde las personas desarrollan su cotidianeidad, se encuentra cargado de significados culturales, sociales y simbólicos, los cuales son percibidos gracias a la cercanía del encuentro entre el centro de salud, sus profesionales y la comunidad/población que asiste a él.

El territorio es un lugar que contiene también historia y se encuentra en constante movimiento. Sobre todo, es viva imagen del contexto cultural, político, social y económico del cual viene la persona que asiste al centro de salud. Por otra parte, el territorio nos puede hablar acerca del lugar que esa persona ocupa dentro del barrio, conociendo más a profundidad su rol social y sus condiciones cotidianas de vida.

Ir al territorio nos permite comenzar el camino de respuesta a la pregunta de ¿cómo vive la gente con la que trabajamos? ¿Cuáles son los lugares que adquieren las personas en el territorio? Nos permite sentir olores, percibir colores, sensaciones, pisar el suelo con barro, con asfalto, mirar las casas desde adentro, sentarse en sillas y mesas donde otros comen. Dejarse permear por esa realidad. (Cardozo et al, 2012, p. 56)

Ahora bien, es posible afirmar a priori que, dentro de esta serie de cambios estructurales respecto al sistema de salud uruguayo, el dispositivo clínico asistencial en Apex ha generado

dentro de su policlínica un paradigma novedoso, el cual puede resumirse en lo que Saforcada (2010) denomina paradigma de Salud Comunitaria.

Este autor menciona en sus escritos que el mismo deviene de un esfuerzo por llevar la atención de la salud a manos de la población, la cual no separa la mente del cuerpo y ve a los estados de salud como el resultado de un todo orgánico, involucrando la influencia de lo socioambiental en las condiciones de salud o enfermedad de las personas. Respecto a una de sus características principales:

Dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante, entendiendo la participación en este caso como el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es su salud. (Saforcada, 2012, p. 17)

Como se ha mencionado anteriormente, el equipo de profesionales del dispositivo Apex ha legitimado dicha afirmación en sus documentos, mediante la propuesta de que su policlínica sea un espacio dentro del cual la persona vieja pueda expresarse y dar su opinión respecto a sus padecimientos, sea escuchada y participe del proceso de atención de su salud de forma activa, no como un espectador.

Para Saforcada (2010), el paradigma de Salud Comunitaria devuelve a la población y a la comunidad su poder de decisión respecto a sus condiciones de salud, legitimando derechos sociales que habían perdido en el pasado: “Devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades.” (p. 18)

Capítulo III

Derechos Humanos en la vejez: visibilizar, promover, concientizar.

Para hablar acerca de la atención de la salud en el dispositivo clínico asistencial de Apex hacia las personas viejas, desde una perspectiva de derechos humanos, es menester adoptar la categoría derechos humanos en la presente monografía.

En el año 2015, Uruguay se consolida como Estado parte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores junto a otros países como Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica. El organismo receptor de esta nueva forma de pensar y ver la vejez es la Organización de Estados Americanos (OEA) (Mides, 2016).

Ubicar a la población vieja en una perspectiva de derechos a nivel internacional supone entender la situación de vulnerabilidad social a la cual la misma se encuentra sometida debido, en parte, a su exclusión, problemática que ha sido brevemente abordada en el presente documento respecto a las consideraciones de Ludi (2012) sobre el viejismo.

Como toda Convención de alcance internacional, la misma posee ciertos marcos/preceptos normativos y jurídicos, los cuales fueron utilizados para la creación del Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez en Uruguay. Uno de ellos remite a considerar permanentemente una perspectiva de género a la hora de pensar la vejez latinoamericana:

La dimensión de género implica desafíos sustantivos para las políticas públicas. Su no inclusión en el diseño e implementación invisibiliza las diferentes realidades de las mujeres mayores vinculadas a su relación con el mercado de trabajo, su participación en la vida social y su rol en la familia. Dicha invisibilización repercute en el establecimiento de escenarios de desprotección

de derechos (menores ingresos, mayores probabilidades de vivir solas, más años de vida carentes de buena salud, entre otros) (Mides, 2016, p. 20).

Ello ha sido mencionado en otras palabras brevemente en la justificación del presente documento y transversaliza todo el trabajo. De acuerdo al rol que se le ha adjudicado socialmente a las mujeres históricamente (como madres, amas de casa, cuidadoras), al llegar a la vejez continúan experimentando aquello que la sociedad esperaba de ellas en la juventud y adultez:

Ser mujer vieja o varón viejo es producto de procesos sociales en los cuales operan desigualdades materiales y simbólicas. Es en los mandatos, las expectativas y las obligaciones configurados en el interjuego de lo que los demás esperan que las personas hagan en donde se construye qué implica ser viejo varón y vieja mujer. (Aguirre, 2018, p. 31)

Por otra parte, la Convención procura entender el proceso de envejecimiento y las diversas situaciones de vejez de acuerdo a: una perspectiva integral (contemplando las múltiples dimensiones que conforman a la persona vieja en particular: biológica, social, psicológica, económica y cultural); una perspectiva denominada “curso de vida” (la cual contempla que cada persona es producto de un proceso de desarrollo humano que va desde el nacimiento hasta la muerte, evitando el análisis y tratamiento de la persona de acuerdo a etapas de vida concretas). En este sentido, se “concibe al envejecimiento como un proceso social donde se analizan las trayectorias vitales de la persona, su interrelación con otros individuos, con la sociedad en su conjunto y con su entorno” (Mides, 2016, p. 21).

Otra forma de entender la vejez que procura promover los derechos de las personas es la posición activa acerca del envejecimiento, entendiendo que dicha población no sólo es necesaria

para la sociedad, sino que contribuye a su crecimiento. Dicha perspectiva evita los ya mencionados juicios de valor y prejuicios asociados negativamente a la vejez, los cuales relacionan a las personas viejas con la enfermedad, la muerte, la pasividad, lo indeseado.

Por último, aunque no menos importante, dicha Convención se propone evitar concepciones normalizadoras del proceso de envejecimiento, entendiendo y analizando a toda persona vieja desde su especificidad e individualidad, en este sentido:

Las personas no envejecen por igual, el proceso de envejecimiento es individual, existiendo diferentes formas de vivirlo y de afrontarlo en función del contexto social en el que se habite, así como de la situación personal y subjetiva. El contexto en que envejecen varones y mujeres, personas de distinto grupo étnico, de distinto nivel educativo y socioeconómico, localización geográfica, y/o orientación sexual entre otras dimensiones es diferente. Estas distintas realidades generan condicionamientos que implican un desigual acceso a derechos y servicios durante el curso de vida. (Mides, 2016, p. 22)

Resulta importante dilucidar, a través de la presente investigación, si dicha perspectiva internacional de derechos, la cual es muy actual, ha sido incorporada en el dispositivo clínico asistencial de Apex, implicando directamente los preceptos mencionados en el proceso de atención y tratamiento de las condiciones de salud de las personas viejas que son usuarias de los servicios y espacios que dicho programa ofrece.

Ahora bien, es posible mencionar algunos aportes del equipo de profesionales del dispositivo respecto a la temática. En primer lugar, respecto a la perspectiva de derechos en la atención a las personas viejas, Álvarez et al (2018) aseguran que el dispositivo se rige por un principio de bioética desde su creación. El mismo remite a considerar el respeto a los derechos humanos de cada persona en cualquier actividad que pueda repercutir, cambiar, mejorar o poner en peligro su

vida o calidad de vida. Dicha ciencia y disciplina busca considerar a cada persona como un ser humano único, reconociendo su individualidad, pero también su carácter social, debido a que el mismo pertenece a un determinado ambiente o contexto: “En este sentido, es necesario reflexionar en forma no prejuiciosa, sino tolerante, empática y responsable sobre los comportamientos humanos, reconociendo la diferencia existencial de las otras personas.” (Álvarez et al, 2018, p. 66)

Específicamente, en lo relativo al respeto de los derechos humanos de las personas viejas, el equipo reconoce a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y al Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez en Uruguay como documento que integra firmemente los principios que rigen la bioética: “Se busca alcanzar el bienestar psicosocial de las personas adultas mayores, es decir, la salud y calidad de vida, dos aspectos que ocupan a la bioética.” (Álvarez et al, 2018, p. 71)

En síntesis y de acuerdo a sus propios documentos, el dispositivo clínico asistencial contempla los derechos de sus usuarios/as, los cuales pueden ser simplificados aquí: en primer lugar, el derecho a vivir y a tener una muerte digna (contemplando la autonomía y decisión de la persona vieja en todo momento); derecho a negarse a un tratamiento terapéutico que considere nocivo para su salud; derecho a su integridad física, psicológica y emocional; derecho a una atención y tratamiento digno; derecho a igual posibilidad de acceso a tratamiento y lugar de atención; derecho a obtener de los profesionales de la salud confidencialidad y por último, derecho a la veracidad, siendo partícipe de su atención y tratamiento siempre con la verdad y sin que sea oculto nada acerca de su atención y tratamiento (Álvarez et al, 2018).

Módulo III

Análisis y resultados de la investigación

A partir de las entrevistas con las profesionales que conforman el equipo de trabajo en dicho espacio, se desprenden elementos significativos en relación a la conformación del dispositivo y sus lineamientos generales.

Quien integra el espacio desde su creación en el año 1993, es la coordinadora del equipo profesional y Lic. en Nutrición, asegura que el dispositivo forma parte de un programa universitario de la Udelar, el cual integra las funciones universitarias de enseñanza, investigación y extensión, articulando las mismas con el trabajo en territorio y la participación activa de la comunidad.⁴

El dispositivo, desde su perspectiva, es conformado con el objetivo de acercar a la comunidad del barrio Cerro y zonas aledañas un lugar en el cual la asistencia de la salud se produzca y reproduzca de manera accesible y funcional, tomando en cuenta el contexto y cotidianeidad en el cual la persona desarrolla su vida. En este sentido, menciona:

El rol protagónico es el de las personas y los profesionales acompañamos en ese proceso desde nuestros saberes específicos. Entendiendo que la salud es lo que hace a la vida cotidiana de las personas, el grado de salud que cada una de las personas pueda llegar a obtener tiene que ver con su contexto, con sus posibilidades. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial)⁵

⁴ Ver Anexo III.

⁵ Ver Anexo III.

La docente destaca que las profesionales y estudiantes que conforman el equipo de trabajo, suelen compartir con las personas usuarias conocimientos, habilidades y prácticas recomendadas, en pos de promocionar hábitos saludables y prevenir enfermedades. Sin embargo, la especialización de cada área no exime de responsabilidad ni quita autonomía a las personas, quienes son dueñas de su propia salud:

No somos los profesionales los dueños de la salud de las personas, somos personas que estamos formadas en determinadas áreas para participar de su proceso de salud desde nuestro lugar. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial)⁶

Ello se visibiliza claramente en el libro escrito por el equipo profesional, donde se clarifica que las acciones dentro del dispositivo responden a un eje conceptual en el cual los derechos humanos de las personas viejas son fundamentales:

Busca respetar los derechos de los usuarios, -pilares del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)-, para generar vínculos democráticos y respetuosos entre éstos y el equipo de salud, vínculos entendidos como aquello que se genera a partir del encuentro con un otro real (que excede a mi representación), y no se piensa a la persona en forma fragmentada, sino que se contemplan diversos aspectos de su salud, en su contexto habitual y con su activa participación (Álvarez, 2021, p. 81).

Por otra parte, la licenciada en Psicología y docente del dispositivo clínico asistencial, intenta esbozar en la entrevista que el dispositivo se encuentra en la permanente búsqueda de integrar lo

⁶ Ver Anexo III.

biológico, con lo psicológico y social, dentro de cada situación de vejez que se presenta a policlínica:

Entendiendo las necesidades afectivas y vinculares de la persona, vinculando a la persona con sus redes, su familia, contextualizando a la persona dentro del territorio en el cual habita. Estando ahí, aunque no conozcamos todos los barrios, tienes un mapa o una idea de la forma en la que las personas viejas viven allí, te ayuda a ubicarte y a entender las condiciones que tiene para vivir y desarrollarse en torno a su situación de vejez. (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)⁷

Cardozo et al (2012) en sus escritos reconocen la complejidad intrínseca acerca del concepto de salud, sobre todo en su definición anterior a la consolidación de la Ley 18.211 y el devenir del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La especialización médica y la jerarquización profesional respecto a los usuarios de la salud, que antaño caracterizaban las instituciones, fueron modificadas (aunque no necesariamente en su totalidad), a partir de una visión interdisciplinaria e integral del ser humano, observando la salud como el producto de múltiples factores (médicos, nutricionales, psicológicos, sociales y ambientales).

Realizar un acompañamiento a la persona vieja desde el dispositivo clínico asistencial remite a establecer un vínculo profesional en el cual se establezca la comunicación y entendimiento necesarios para asegurar y respetar sus derechos, los cuales los contempla el SNIS:

Los técnicos y profesionales actuantes deben tratar de hacer lo que les corresponde pensando siempre en el mayor beneficio para el paciente (principio de beneficencia), evitando causar daño,

⁷ Ver Anexo IV.

poner en peligro o deteriorar la salud de los pacientes (principio de no maleficencia), respetando la voluntad del usuario o paciente cuando se puede o de su representante, siempre desde una actitud comunicativa, pues el que explica debe ser entendido por el otro y el otro debe poder preguntar y sacarse las dudas para tomar decisiones compartidas entre ambos (ejercicio de autonomía del paciente), y teniendo con todos los usuarios el mismo trato y la misma consideración (justicia), sin discriminar por edad, sexo, personalidad, creencias, etcétera. (Álvarez et al, 2018, p. 72)

En relación a la dinámica de trabajo con las personas viejas, la Lic. en Psicología del equipo explicita claramente que el equipo de trabajo cuenta con una historia clínica general de cada usuario del dispositivo, en la cual se separan fichas por áreas de salud (Medicina, Psicología, Nutrición y Trabajo Social), y a la cual estudiantes y profesionales pueden acceder libremente.

Respecto a las consultas, dicha docente menciona que se trata de entrar a las mismas, al menos entre dos profesionales, con la finalidad de conocer y evaluar a la persona de forma interdisciplinar. En ese proceso también participan activamente estudiantes.

En cuanto a las características de las consultas:

Tenemos como prioridad decirle a la persona lo que está haciendo bien, evitando pronunciar aquellas cosas que debe cambiar de forma tajante. Empezar por lo positivo de su situación de salud, para ir viendo poco a poco que es lo que hay que cambiar. Intentando dar un voto de confianza en el otro y que el otro tenga esa reciprocidad hacia nosotras. Lo primero es ir conociendo a la persona para luego ver cuál es la forma de abordaje que necesita o que es mejor para esa persona o situación familiar. (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)⁸

⁸ Ver Anexo IV.

Se puede inferir, debido a lo analizado a través de los documentos y las entrevistas a las profesionales del equipo de trabajo, que dicha concepción de salud y forma de abordarla remite directamente al paradigma de salud comunitaria, el cual se desarrolla dentro de un territorio que contextualiza todo accionar e intercambio entre usuarios y profesionales.

En palabras de Cardozo et al (2012), el territorio no sólo delimita el espacio en el cual una población desarrolla su cotidianidad, también caracteriza y permea la salud de las personas que allí habitan: “El territorio está cargado de significados sociales y también está cargado de historias singulares, en donde la proximidad, el encuentro, la cercanía nos indica con quiénes trabajamos y cómo podemos trabajar.” (p. 55)

La Lic. en Nutrición, en relación a ello, menciona:

Estando en la zona se pueden identificar factores ambientales que inciden no sólo en la salud individual sino en la salud colectiva: cuestiones de saneamiento, de polución, de violencia, de inseguridad, que parecen no ser temas de salud, pero sí lo son. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial) ⁹

Otro de los beneficios que otorga la atención de la salud dentro de la comunidad y en un contexto barrial es, desde la perspectiva de la Lic. en Trabajo Social referente en el equipo profesional, la posibilidad de identificar con mayor rapidez las problemáticas sociales que las personas viejas puedan presentar.

Si vos estás trabajando en una policlínica por fuera de los barrios uno sólo ve el problema o ve algo puntual que presenta la persona. En cambio, acá uno puede ir identificando cosas que van pasando y les puede ir dando respuesta de forma más preventiva. Es una

⁹ Ver Anexo III.

atención más directa, con mayor cercanía. (Lic. en Trabajo Social del dispositivo clínico asistencial)¹⁰

Dicha dinámica de acompañamiento y/o atención de la salud hacia las personas viejas, remite a una serie de parámetros generales que dispuso la ya mencionada Ley 18.211 (SNIS), la cual propone desde su consecución un cambio en el modelo de atención y tratamiento.

La Lic. en Psicología, menciona en relación a ello, que el foco en la Atención Primaria de la Salud (APS), donde las acciones son focalizadas en la prevención y promoción de la salud, intensificaron la perspectiva de salud comunitaria y trabajo territorial en el dispositivo clínico asistencial.

Pese a las transformaciones acaecidas en el sistema de salud uruguayo, las profesionales del dispositivo clínico asistencial reconocen las complejidades de la atención de salud dentro del contexto comunitario. En este sentido:

Históricamente los mayores obstáculos fueron de índole política. Las políticas que los distintos gobiernos definen pueden ver facilitada o entorpecida el accionar de la salud comunitaria. La salud comunitaria de alguna manera empodera a las personas y a los grupos en esto de velar por mejoras del ambiente y para el bien de su salud. A veces las políticas de salud no lo facilitan y obstaculizan el trabajo. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial).¹¹

Por otra parte, la docente y trabajadora social del equipo afirma que, en reiteradas oportunidades, el dispositivo se ha encontrado con una gran lista de espera debido a las

¹⁰ Ver Anexo II.

¹¹ Ver Anexo III.

derivaciones de policlínicas barriales e instituciones de salud de A.S.S.E. Lo que desvirtuó en ese momento el objetivo específico del programa universitario.

Teníamos que atender en consulta a las personas en diez minutos cada una para poder abarcar todo y poder atender a la persona media hora en total por lo menos. Tuvimos que empezar a derivar situaciones a otras policlínicas. En ese momento se nos dificulta el proceso de desarraigo con esas personas para que comprendieran que no las estábamos abandonando. (Lic. en Trabajo Social del dispositivo clínico asistencial)

12

En este punto, resulta fundamental el reconocimiento del dispositivo clínico asistencial como una arista de un programa universitario. Por lo cual, las profesionales consideran dicho espacio, como una institución de enseñanza y aprendizaje, enfocado en la atención de la salud hacia las personas viejas de la comunidad.

Estamos aquí en el marco de la Universidad de la República. Si bien es una policlínica que se aboca a la atención de la salud, nuestro eje es la educación. Estamos regidos por las normativas de la UdelaR que hacen al aprendizaje y a las prácticas pre profesionales. (Lic. en Trabajo Social del dispositivo clínico asistencial).¹³

Por otra parte, uno de los objetivos de dicha monografía, apunta a conocer la dinámica y funcionamiento del equipo de profesionales dentro del dispositivo. A partir de ello, estudiando los documentos institucionales del espacio, un concepto clarificador es el de valoración geriátrica integral como modalidad específica de trabajo con las personas viejas.

¹² Ver Anexo II.

¹³ Ver Anexo II.

Es una evaluación multidisciplinaria e interdisciplinaria que permite cuantificar y detectar los problemas en la esfera clínica, funcional, mental y social para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y de los recursos asistenciales (Silveira, 2018, p. 35).

En las entrevistas realizadas, las profesionales profundizan al respecto y mencionan que dicha valoración consiste en un diagnóstico primario de la situación de la persona, que se produce a partir del acercamiento de cada disciplina al espacio de consulta, muchas veces en formato de duplas profesionales.

Luego de que las disciplinas hicieron su valoración individual, existe lo que nosotros llamamos discusión, intercambio o espacio de intercambio sobre la situación de la persona. A partir de allí realizamos una planificación y jerarquización de las acciones que debemos tomar. A partir de ahí comienza el trabajo realmente en conjunto. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial)¹⁴

Respecto al rol de la persona usuaria, las profesionales coinciden en que las entrevistas se piensan de forma abierta, intentando que la persona dirija la misma y exprese sus inquietudes, problemáticas, padecimientos y/o incertidumbres. Eso no invisibiliza el marco evidente respecto al cual todas las profesionales se posicionan en cada uno de esos encuentros.

Para llevar a cabo dicho proceso, las docentes incorporan ciertas herramientas pedagógicas, conceptuales y prácticas.

¹⁴ Ver Anexo III.

En lo que tiene que ver con herramientas conceptuales se manejan concepciones de vejez, de envejecimiento, de salud comunitaria, de trabajo interdisciplinario, de trabajo comunitario y de comunidad. Sin llegar a generar recetas ni tampoco a cerrarse en corrientes específicas y/o autores, pero de alguna manera intentamos compartir con los estudiantes concepciones particulares que también son afines a lo que nosotros pensamos. (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial)¹⁵

La capacitación de las profesionales y los estudiantes en las temáticas mencionadas, es algo propio del marco contextual en el cual se encuentran insertos, al ser el dispositivo una institución de enseñanza dentro de la UdelaR.

Una herramienta práctica esbozada por las profesionales, ha sido la historia clínica individual de cada persona vieja, donde todas las disciplinas redactan lo compartido por la persona usuaria en consulta y resulta de libre acceso para todo el equipo, con el objetivo de poder realizar un seguimiento puntual de cada situación.

A estas historias clínicas todas accedemos a la información, tenemos que registrar cuando vemos a una persona en consulta: qué le pasó, cuál es la mirada del profesional, y eso hace a la interdisciplina también. Además de que cada uno pueda tener su cuaderno de campo, sus registros personales más privados si se quiere, hay cosas que tengo que poder compartirlas con las compañeras, profesionales y estudiantes. (Lic. en Trabajo Social del dispositivo clínico asistencial)¹⁶

Relativo a la población objetivo que la policlínica asiste, se propuso indagar a través de las entrevistas a las profesionales, acerca de las características de la misma.

¹⁵ Ver Anexo III.

¹⁶ Ver Anexo II.

A partir de lo esbozado por las docentes, el dispositivo clínico asistencial atiende de forma aproximada entre ciento cincuenta y doscientas personas al año. Un número significativo de ellas, son mujeres viejas. Se visibiliza ampliamente la ausencia de los hombres viejos dentro del espacio y se analizan brevemente posibles causas de dicha ausencia.

El varón comúnmente, debido a las desigualdades de género socialmente aceptadas, tiende a hacer el papel del “fuerte” en sus vínculos, evitando muchas veces espacios de contención, dirigiéndose más a espacios lúdicos o relacionados con el ocio. A consulta individual llegan varones, aunque por supuesto son menos. En lo grupal ya cuesta mucho más. Evidentemente el rol tradicional del varón es algo que puede justificar la ausencia del varón en estos espacios. (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)¹⁷

Si bien los hombres viejos suelen ir a consultas individuales, son guiados a la policlínica por familiares o vecinos.

Respecto a la existencia de este espacio y sus efectos en la cotidianeidad de las personas viejas, las profesionales reconocen a través de su experiencia lo siguiente:

Consideramos que la vejez y dentro de ella tenemos mucha menos homogeneidad que en cualquier otro grupo etario. Tienen una historia sumamente distinta cada uno. Eso lo tenemos muy presente. Buscamos reflexionar, en ocasiones, a través de diversos ejemplos, películas, artículos, etcétera, y mejorar la forma de transmitir el conocimiento, con un lenguaje sencillo y claro, siempre por medio del respeto, evitando infantilizar a la población, tratándolos como adultos. (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)¹⁸

¹⁷ Ver Anexo IV.

¹⁸ Ver Anexo IV.

La importancia de dispositivos como el mencionado, es visibilizado por autoras como Dornell et al (2015), quienes afirman que las asociaciones fuera del vínculo que el viejo/a establece con su familia, por un lado, y su entorno e inserción en el mercado laboral, por otro, favorecen una visión del mismo como un sujeto activo socialmente, evitando prejuicios sociales asociados al ya mencionado vejeísmo. En este sentido, “La mirada socialmente impuesta representa las preconcepciones de que los/as viejos/as, no poseen proyectos vitales ni deseos de realizar modificaciones, apunta a una visión de la realidad donde son proyectados desde la pasividad, inactividad y dependencia.” (Dornell et al, 2015, p. 14)

Contrario a las preconcepciones y prejuicios sociales vinculados a la vejez, las docentes del equipo de trabajo del dispositivo, afirman que el conocimiento y la presencia del espacio dentro del territorio, el contacto recurrente con las personas del barrio, la relación entre las personas viejas (ya que usualmente son vecinas entre sí), favorecen que el proceso de envejecimiento sea distinto. La influencia territorial permite modificar las condiciones del medio y, por ende, la forma en la cual las personas se adaptan al mismo.

Si yo pienso en las vejeces y comparo las vejeces del Cerro con las de otros barrios existe un abismo entre ellas. Indudablemente, esto sucede porque hace 28 años que hay un programa de la Universidad dentro de ahí, problematizando, generando acciones, promoviendo salud, eso me parece que es súper significativo y que se percibe el cambio. (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)¹⁹

¹⁹ Ver Anexo IV.

La postura del equipo de profesionales del dispositivo clínico asistencial respecto a la vejez, puede relacionarse directamente con el concepto ya mencionado por Ludi (2012), denominado “situaciones de vejez”. Dicho concepto contempla cada problemática en la vejez desde su singularidad, identificando particularidades, aunque también reserva un lugar para las cuestiones generales de esa situación específica.

Cuando nos referimos a situaciones, hacemos hincapié en aquellas condiciones estructurales y contextuales atravesadas por dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales e históricas en las que adquiere sentido la condición humana. Se conjugan en ellas contextos, hábitat, organización social de la cual la familia, los grupos de pertenencia y de referencia provienen y donde se han constituido, asimismo, sus representaciones, significaciones (Ludi, 2012, p. 29).

Al respecto, la Lic. en Psicología menciona: hay una tendencia social a homogeneizar la vejez, y nosotras intentamos en eso ser muy cuidadosas. Lo hablamos mucho en la planificación de las actividades. Es necesario ampliar la visión, sobre todo cuando entra gente nueva.²⁰ (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)

Es posible afirmar que, dentro del dispositivo clínico asistencial y su encuadre institucional, las personas viejas pueden acceder a un espacio socioeducativo, comunitario y con una amplia perspectiva en torno a la salud y sus diversas aristas, lo cual resulta novedoso y sumamente necesario.

Concebimos a estos espacios como posibilitadores de un modo de envejecer en otras condiciones, en los que destacan categorías como grupo, participación, identidad, autonomía, temporalidad, inclusión. generación de lazos sociales y comunitarios, ocupación del tiempo libre, redes de

²⁰ Ver Anexo IV.

reciprocidad, de intergeneracionalidad, proyectos de vida, se ponen en juego, en tensión permanente. (Ludi, 2012, p. 51)

En lo relativo a la promoción, protección y visibilización de los derechos humanos de las personas viejas dentro del dispositivo clínico asistencial, temática que ha sido abordada como uno de los objetivos de la presente monografía, las profesionales coinciden en que, primeramente, en las diversas instancias, sobre todo grupales (teniendo como referencia que el dispositivo cuenta con un taller de libre expresión y un grupo de cine foro), se trata de relacionar estos derechos con fechas puntuales, como el mes de la mujer en marzo, visibilizando la vejez desde una perspectiva de género, en julio concientizando sobre la violencia y abuso en la vejez. En septiembre trabajando acerca de la sexualidad en las personas mayores, en octubre se visibilizan durante todo el mes prejuicios sociales establecidos en torno a la vejez, entre otras.

En relación a ello, la Lic. en Nutrición menciona:

El derecho a la seguridad de las personas, el derecho a no ser maltratados, violentados y abusados, son la esencia de nuestro trabajo. Son transversales estos derechos en nuestras actividades de promoción, en nuestras publicaciones, aunque no esté la palabra “derechos” se trata de visualizar el cumplimiento de los mismos.²¹ (Lic. en Nutrición del dispositivo clínico asistencial)

En el libro redactado por el equipo profesional, se contemplan derechos universales como los dispuestos en la Ley 18.211 (SNIS), esbozados en el Artículo 3, como el derecho de las personas viejas a la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud. La equidad y oportunidad de acceso a las prestaciones de salud. La prevención integral y, sobre todo, el respeto a la

²¹ Ver Anexo III.

información de los usuarios y su derecho a encontrarse al tanto de su situación de salud.
(Álvarez et al, 2018)

El dispositivo clínico asistencial adopta, por otra parte, los principios redactados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores generado en el año 2015 por la OEA, del cual se generó el Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez en Uruguay, en el año 2016.

Ambos documentos contemplan las desigualdades de género en un contexto de feminización del envejecimiento, la discriminación que sufren las personas viejas, sus derechos tanto a la justicia, como a la libertad de expresión y esparcimiento en sociedad.

En adición a lo mencionado, la Lic. en Psicología menciona:

En nuestras distintas intervenciones está muy presente las cuestiones vinculadas con la autonomía, el derecho a la persona a decidir, los derechos de la convención, si se están respetando. Tanto en las intervenciones individuales como grupales estamos siempre pendientes de la legitimación de derechos y sobre todo pendientes de su vulneración, para poder identificarlo y tomar iniciativas.²² (Lic. en Psicología del dispositivo clínico asistencial)

²² Ver Anexo IV.

Módulo IV

Reflexiones finales

A modo de cierre, resulta prioritario señalar algunas conclusiones finales que se han visibilizado luego de terminar el proceso de conocimiento, análisis e interpretación, tanto de los documentos institucionales como de las entrevistas a las profesionales del dispositivo clínico asistencial.

En primer lugar, es menester señalar que algunos de los documentos institucionales más importantes a la hora de conocer el dispositivo clínico asistencial han sido escritos por las profesionales que han sido entrevistadas. Pese a las evidentes similitudes en los resultados que se han podido establecer entre ambas técnicas de investigación (análisis documental y entrevistas semi estructuradas), la presente monografía ha sido propuesta como una investigación abocada a la búsqueda de profundizar aún más los conocimientos apprehendidos por la estudiante luego de su práctica pre profesional en dicho espacio en el año 2020.

Ahora bien, es preciso evidenciar la coherencia entre el discurso profesional dilucidado en los documentos institucionales y lo expresado en las entrevistas, sobre todo relativo a la asunción del dispositivo como un programa universitario cuyo eje central es la educación, la enseñanza, el aprendizaje y la coordinación interdisciplinaria entre docentes de la UdelaR y estudiantes de dicha institución. La formación de los estudiantes es incorporada a través de su inclusión a los tres espacios del dispositivo: espacio de consulta individual, taller de libre expresión y grupo Cine foro, donde los mismos trabajan activamente con las personas viejas usuarias.

Respecto a la dinámica de trabajo del equipo, se considera que la misma se encuentra transversalizada por ejes tanto conceptuales (incorporando conocimientos relativos al área de la salud en la vejez, conocimiento y reconocimiento de los derechos humanos de las personas viejas, desarrollo de autonomía en dicha población, perspectiva comunitaria en la atención de la salud), como prácticos (utilizando espacios de reflexión en conjunto entre profesionales y estudiantes, estableciendo redes de contacto para el tratamiento de cada situación de vejez en particular y la utilización de la historia clínica compartida de cada usuario como herramienta fundamental).

La visión de la salud y su atención en dicho dispositivo, confluye con la perspectiva o paradigma de salud comunitaria trabajado ampliamente en el presente documento. Como menciona Saforcada (2010), dicho paradigma representa el resultado de interacciones e intercambios entre el ámbito académico y la población dentro de un territorio determinado. El dispositivo clínico asistencial se edificó en un contexto de reformas universitarias pero también producto de una necesidad de la población vieja de acercar los espacios de atención de la salud a su cotidianeidad, a su vida diaria.

La interacción entre docentes, estudiantes y personas usuarias ha permitido evitar ciertas separaciones en cuanto al tratamiento de la salud, debido a que la población suele dar una perspectiva más unitaria respecto a su tratamiento, evitando distinciones arcaicas entre mente y cuerpo, incorporando también una perspectiva socioambiental de la salud. (Saforcada, 2010)

Como esbozan las docentes del equipo interdisciplinario en las entrevistas realizadas, los tres espacios dentro del dispositivo promueven un intercambio fluido entre personas usuarias y el equipo, reconociendo primero las necesidades de la persona usuaria y adecuando las posibles

soluciones a su contexto y forma de vida, siempre adoptando el criterio y decisión de la persona vieja en particular.

Si se relaciona el proceso de atención de las personas viejas dentro del dispositivo con lo esbozado por Ludi (2012), se puede dilucidar que la forma de conocer, visibilizar y tratar a las personas viejas modifica directamente la forma en la cual ellas desarrollan y vivencian su vejez. En palabras de la autora, el proceso de envejecimiento, como proceso biológico, también se construye simbólicamente en cada contexto social, influyendo directamente en la forma en la cual la persona vieja se ve a sí misma, tanto positiva como negativamente, de acuerdo a la presencia o ausencia de prejuicios sociales asociados a dicho proceso.

En otras palabras, la construcción social, cultural y simbólica dentro de los espacios de inserción de las personas viejas, influye directamente en su autopercepción. De ello se desprende la necesidad del dispositivo en promover constantemente en sus actividades la validación y promoción de los derechos humanos, respecto a la voluntad de la persona usuaria y reconocimiento de sus decisiones y criterios.

Indudablemente, el dispositivo presenta y continuará presentando múltiples desafíos como institución de enseñanza y aprendizaje enfocada en la atención de la salud. Como ha sido mencionado en las entrevistas a las profesionales, las múltiples derivaciones de instituciones de salud pública debido a la sobrecarga y falta de recursos tanto económicos como profesionales, genera en el dispositivo periodos donde la reestructuración de los objetivos profesionales es clave para poder continuar con su labor, la cual no puede abarcar una cantidad excesiva de población usuaria. Un mayor acompañamiento presupuestal al proyecto podría generar mayor extensión horaria y semanal dentro del dispositivo, además de un equipo profesional más

amplio, abarcando más población usuaria beneficiaria de la atención, actividades y grupos disponibles.

La constancia en la incorporación permanente de nuevos saberes, conceptos y actividades, además de la continua inserción de estudiantes, también genera un desafío importante al dispositivo, ya que es una constante en el equipo la coordinación y generación de acuerdos entre docentes y estudiantes a la hora de trabajar en equipo.

Otro de los puntos a tener en cuenta en tanto posibles debilidades del dispositivo es que los seguimientos y tratamientos individuales dentro de policlínica tienen un “término”, no es así en el caso de los grupos como cine-foro y taller de libre expresión, los cuales pueden presentar a las mismas personas usuarias en el transcurso de los años. Tomando en cuenta ello, se puede estipular que hay muchas personas viejas que asisten al dispositivo en oportunidades puntuales, por problemas específicos, y luego se pierde el contacto con las mismas o no regresan.

Respecto a la escasa participación de los hombres viejos dentro del dispositivo, resulta de importancia a futuro proponer ciertas actividades que fomenten su integración dentro de los grupos, los cuales son en un cien por ciento integrados por mujeres. Generar jornadas de integración donde se explicita la importancia del intercambio entre ambos géneros, desacreditando prejuicios sociales en torno a la participación del varón en actividades recreativas y lúdicas.

Es posible mencionar que el eje que une al equipo es la valoración geriátrica integral, el cual permite incorporar a todas las profesiones dentro de una visión integral de la salud. Los espacios de reflexión, intercambio y problematización acerca de cada caso, ya sea individual o grupal, por parte de las profesionales y estudiantes, se genera de forma permanente, con el objetivo de

intercambiar conocimientos relativos a las diversas áreas (Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo Social), espacios fundamentales para coordinar las actividades y mantener una perspectiva de salud comunitaria coherente y asertiva.

En cuanto a la autonomía de la persona vieja dentro del dispositivo y sus respectivos espacios, se puede dar cuenta de la validación de sus derechos humanos, mediante espacios de concientización y reconocimiento, pero también de actividades lúdicas y recreativas que contemplan estos aspectos.

En este sentido, tomando los aportes de Saforcada (2012), es posible afirmar que dentro del dispositivo clínico asistencial la comunidad se apropia de su salud y de su poder de decisión respecto a sus posibilidades de atención y tratamiento. La constitución de estos espacios devuelve a la sociedad nuevamente su poder en la toma de decisiones respecto a cómo vivir saludablemente y mejorar su calidad de vida, con el apoyo de profesionales y estudiantes que orientan, pero respetan su autonomía.

En síntesis, se puede dar en el presente documento, una breve conclusión e impresión acerca del dispositivo clínico asistencial y su dinámica de trabajo.

En primer lugar, la estudiante considera fundamental conocer e interpretar dicho programa como una institución donde se promueve la educación universitaria desde la enseñanza, investigación y extensión, desde el equipo interdisciplinario integrado por docentes de Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo Social, conjuntamente con estudiantes universitarios.

Por otra parte, el dispositivo se conforma dentro de una policlínica enfocada en la atención de la salud desde una perspectiva comunitaria, donde el espacio en el cual habitan las personas viejas usuarias determina el accionar y el proceso de atención. Por lo tanto, el espacio de

atención no se encuentra separado del curso de vida que dichas personas desarrollan y eso se toma en cuenta de forma permanente, confluyendo en las consultas tanto sus historias de vida, sus condiciones de vida, como sus padecimientos biológicos, nutricionales, psicológicos y sociales.

Por último, es necesario destacar que dicho dispositivo promueve un espacio abierto y dinámico, donde la persona vieja es reconocida como sujeto de derechos y puede reconstruir su autopercepción, transitando la vejez de una forma diferente, deconstruyendo prejuicios sociales asociados a la inactividad en dicha etapa de la vida.

En cualquiera de los espacios, las profesionales y estudiantes realizan un proceso de acompañamiento desde la responsabilidad, el respeto y la validación de la opinión de la persona usuaria.

Respecto a temáticas pendientes en la presente investigación, resulta interesante para futuras investigaciones la posibilidad de visibilizar la perspectiva de las personas usuarias respecto al dispositivo, sus inquietudes, experiencias vividas en los diversos espacios, y aportes que consideran importantes para mejorar y crecer en comunidad.

Bibliografía

- Aguirre, R. (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Montevideo, Uruguay:Doble Clic Editoras.
- Álvarez, V. Palumbo, R. Piovesan, S. Rodríguez, C. Salveraglio, I. Silveira, V. (2018). *Trabajo con personas adultas mayores: un abordaje integral en comunidad*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Ase, I. Burijovich, J. (2009). *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Revista Salud Colectiva, Vol. 5, Nº 1.
- Cardozo, D. Meerhoff, G. Pereira, P. Ruétalo, R. (2012). *Ensayo: Aportes para una construcción integral en salud*. Revista IT, Vol. 2, Nº 2.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid, España:Edición Revisada.
- Dornell, Teresa, Sande, S. Mauros, R. Stemphelet, S. (2015). *Debates regionales en torno a la vejez: una aproximación desde la academia y la práctica pre-profesional*. Montevideo, Uruguay:Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.
- González, T. Olesker, D. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud: 2005-2009*. Montevideo, Uruguay:Ministerio de Salud Pública.

- INMAYORES. (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Montevideo, Uruguay: Tradinco.
- Mides. (2016). *Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2016-2019*. Montevideo, Uruguay: Tradinco.
- Ludi, Carmen. (2012). *Envejecimiento y espacios grupales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Ortega, M. Silvano. J. Tabòn, S. (2015). *Análisis documental de la gestión del conocimiento mediante la cartografía conceptual*. Revista Ra Ximhai. N° 4. Vol. 11.
- Programa Apex-Cerro. (2021). *Historia*. Recuperado de:
<http://apex.edu.uy/wordpress/el-programa/historia>
- Poder Legislativo. (2021). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5933707.htm>
- Saforcada, E. (2010). *Acerca del concepto de salud comunitaria*. Revista IT. N°1. Vol. 1.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis Sociología.