



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**Rol del Trabajador Social en las instituciones
residenciales de adultos mayores**

Walter Santiago Chulepin Farias
Tutora: Sandra Sande

2022

Índice

1. Introducción	2
1.1 Fundamentación	3
1.2 Preguntas de investigación	4
1.3 Objetivos	4
2. Aspectos metodológicos	5
2.1 Enfoque y diseño de investigación	5
2.2 Unidad de recolección	6
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información	7
3. Marco Teórico	7
3.1 Envejecimiento y vejez	9
3.2 Instituciones	10
3.3 Protoformas del Servicio Social	12
3.4 Rol del trabajador Social	15
3.5 Residenciales y normativas	19
4. Análisis entrevistas	27
5. Reflexiones finales	36
Referencias bibliográficas	38

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la monografía final de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente al Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema seleccionado para este trabajo se basa en un estudio sobre el Rol del Trabajador Social en las instituciones residenciales para adultos mayores.

Se intentó conocer la perspectiva de profesionales del Trabajo Social mediante entrevistas, a partir de la problematización sobre las distintas funciones y demandas solicitadas respecto a la definición del rol asignado en el Decreto 356/016 al profesional del área social.

En la reglamentación se encargan las siguientes obligaciones:

- A) Participar en la elaboración, evaluación y revisión del proyecto de centro y realizar las acciones materiales que allí se le encomienden.
- B) Proponer, elaborar y difundir protocolos, guías e instructivos, así como generar instancias de intercambio con otros funcionarios del establecimiento para favorecer formas de trabajo y procedimientos que pongan el centro en la persona, en el respeto y reconocimiento de la dignidad, identidad e individualidad de la persona mayor.
- C) Generar instancias de participación de las personas que conformen el núcleo familiar o vincular del usuario.
- D) Asesorar a los usuarios y familiares en lo referido a sus derechos y obligaciones
- E) Asesorar y acompañar el proceso de conformación y desarrollo de la comisión de participación.
- F) Realizar el seguimiento a los residentes en los procesos de realojo.
- G) Acompañar a los residentes en los procesos de ingreso y adaptación, debiendo elaborar una valoración social del mismo en el plazo de cuatro meses y cada vez que le sea solicitado.
- H) Promover actividades sociales y de vínculo con la comunidad en los establecimientos.
- I) Informar al Ministerio de Desarrollo Social de las acciones realizadas cada vez que le sea requerido. (Artículo 31)

El proyecto de centro es una obligación que todos los establecimientos deben de tener, el cual debe de contener los siguientes objetivos específicos: "a) fomento de

autonomía; b) estimulación motriz y cognitiva; c) participación e integración en las redes vinculares y familiares; d) promoción de derechos de los usuarios; e) recreación” (Artículo 36).

Cabe aclarar, que el Decreto refiere al ejercicio de un profesional del área social que no es exclusivo al profesional del Trabajo Social, pudiendo ser desarrollada por otros profesionales.

El abordaje del tema intentará generar mayor conocimiento sobre el funcionamiento de los residenciales y del rol del profesional del área social, específicamente en este caso, del Trabajo Social, tratando de vislumbrar las potencialidades y obstáculos para un mejor desarrollo de la práctica profesional. Teniendo como fin el generar un insumo que problematice y contribuya a trabajar de mejor manera para los sujetos que allí residen cotidianamente.

Es de vital importancia conocer la cotidianeidad de los sujetos que residen dentro de estas instituciones y las prácticas desarrolladas por el campo profesional, ya que “(...) el rol prescripto por la institución recorta con límites variables las conductas que los individuos deben tener según su posición en la estructura” (Malacalza; 2003; p.12). Tanto las personas mayores como el personal que trabaja en los residenciales se ven marcados en su proceder en relación a las normas de la organización.

Para este estudio, se realizará un recorrido de los inicios de la profesión y el rol asignado al Trabajador Social en distintas etapas, conjugándolo con las distintas normativas que han regulado a las instituciones residenciales de las personas mayores. Contrastando la información con la experiencia concreta de profesionales que han ejercido y ejercen la práctica profesional en este campo específico.

1.1 Fundamentación

La relevancia de estudiar el tema se debe a dos grandes motivos: en primer lugar, el rol del profesional del Trabajo Social siempre debe de ser problematizado, ya que se encuentra mediado por una tensión entre la autonomía que dicho profesional tiene y los marcos regulatorios y normativos de las instituciones donde se inserta para trabajar. Dado que la consolidación de la profesión es sumamente heterogénea dependiendo del espacio que se quiera estudiar, es preciso analizarlo en el ámbito concreto donde se inserte ya que “en ciertas instituciones se lo sigue considerando como una profesión menor a la que se le puede cuestionar saberes y haceres” (Cazzaniga; 2015; p.70).

El segundo motivo son los derechos vulnerados de las personas mayores, que por parte del Estado no se están garantizando. Tomando como referencia la Convención

Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹, aprobada por la Ley N° 19.430, en relación a los aportes de Aguirre (2018), la cual expone en su tesis de doctorado, que en el año 2018 solo 18 establecimientos de un total de 943 registrados se encontraban habilitados para funcionar (Datos del Ministerio de Salud Pública), observando una gran ausencia del rol fiscalizador del Estado.

1.2 Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Según el relato de los/as profesionales del Trabajo Social cuál es el rol del Trabajo Social dentro de las instituciones residenciales para adultos mayores en relación al Decreto 356/016 al profesional del área social?

Preguntas específicas:

- 1- ¿Cuál es el rol del Trabajador Social dentro de los residenciales para adultos mayores?
- 2- ¿El rol coincide con lo expresado en el Decreto 356/016 ?
- 3- ¿Consideran los/as profesionales que cuentan con la autonomía necesaria para desarrollar una buena práctica profesional? ¿Visualizan algún obstáculo?
- 4- ¿Se logra llevar a cabo un trabajo coordinado con los demás funcionarios de los residenciales? ¿Se visualiza algún punto de mejora donde esta multidisciplinariedad se pudiera potenciar?

Objetivo general:

Conocer a partir del relato de los/as profesionales cuál es el Rol del Trabajador Social en las instituciones residenciales para adultos mayores

Objetivos específicos:

- 1- Conocer cuál es el rol de los/as Trabajadores Sociales dentro de los residenciales para adultos mayores
- 2- Comparar a partir del relato las prácticas desarrolladas por los/as Trabajadores/as Sociales y la esperada en el Decreto 356/016
- 3- Describir según la mirada de los profesionales qué grado de autonomía tienen los Trabajadores Sociales a la hora de actuar como profesionales en el ámbito residencial.

¹ Ratifica una gran serie de Derechos como son: Igualdad y no discriminación por razones de edad; Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez; Derecho a la independencia y a la autonomía; Derecho a la participación e integración comunitaria; Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (Art.5;6;7;8;9).

4- Conocer qué dificultades perciben que son las que obstaculizan llevar a cabo un mejor proceso/desarrollo del trabajo dentro de dichas instituciones.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En el siguiente apartado, se procederá a detallar el diseño y tipo de investigación empleado en el estudio, así como las técnicas de recolección de la información.

El diseño, es de suma importancia en toda investigación, ya que es a partir del mismo que una propuesta toma forma y coherencia, como indica Mendizábal (2006), significa:

una instancia previa de reflexión sobre el modo de articular sus componentes para poder responder a los interrogantes planteados, tratando de lograr toda la coherencia posible entre el problema de investigación, los propósitos, el contexto conceptual, los fundamentos epistemológicos, las preguntas de investigación, los métodos y los medios para lograr la calidad del estudio. (p.71)

2.1 Enfoque y diseño de investigación

Se utilizará un enfoque de estudio de caso, teniendo como finalidad la comprensión lo más detallada posible del objeto de estudio seleccionado. Dicho enfoque, permite:

(...) tener en cuenta la variabilidad de la acción humana en las instituciones y las distintas influencias que la determinan, las interrelaciones de los actos y las consecuencias, los enjuiciamientos de quienes habitan las instituciones, y las posibles diferencias entre las percepciones de los diseñadores del programa y las de quienes lo implementan. (Simons; 2011; p.35)

Como se puede observar, la metodología que se planea utilizar será de tipo cualitativa con un diseño flexible, donde se pretende indagar sobre la subjetividad y experiencias del grupo de profesionales. Tomando los aportes de Quiñones y Acosta (2014), es una perspectiva constructivo-interpretacionista, utilizada fundamentalmente en estudios relativos a la comprensión y entendimiento de los significados.

El objetivo general que se plantea, opta por una formulación donde no se interroga acerca de ¿qué es el rol del trabajador social?, sino que se busca conocer a partir de una narrativa en primera persona ¿cuáles prácticas desarrollan? si bien parece un cambio menor, creemos pertinente que sea explicitado, ya que es una postura epistémica adoptada

que parte de un enfoque “que admite la presencia de diferentes formas de entender a trabajo social, así como la disputa por la hegemonía entre ellas” (Cazzaniga; 2015; p.72).

La flexibilidad del diseño que ha sido mencionada, nos permitirá “la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos” (Mendizábal; 2006; p.67).

Por último, dado el diseño metodológico escogido, se ha de tener cierta vigilancia o reflexividad por parte del investigador, en palabras de Peredaryenko y Krauss, se ha de implementar “(...) una técnica que los investigadores pueden usar para tratar e incluso evitar el sesgo” (en De Sena; 2015; p.21). A lo largo de la investigación, se pretende establecer una relación cercana con los entrevistados, lo cual sumado a los preconceptos de quien entrevista, permea el análisis desarrollado posteriormente, por lo que “se trata de un riguroso examen de cómo nuestros valores y acciones configuran la recogida e interpretación de datos, y de cómo nos afectan las personas y acontecimientos” (Simons; 2011; p.21)

2.2 Unidad de recolección

La muestra seleccionada es de carácter intencional, ya que se eligió mediante una serie de criterios que permiten al informante arrojar elementos de valor para el análisis de la investigación, “siguiendo su pregunta de investigación, el investigador elige a los sujetos que contribuirán a responderla” (Mallimaci y Giménez; 2006; p.188). De lo anterior se desprende que sin los sujetos que acceden a las entrevistas no sería posible llevar a cabo el estudio.

En total se realizaron siete entrevistas a profesionales del Trabajo Social, siendo 6 de ellas mujeres y 1 hombre. Inicialmente, la selección de las personas a entrevistar se realizó bajo dos criterios: uno, que fueran profesionales del Trabajo Social; dos, que trabajasen o hubieran trabajado en residenciales para adultos mayores de actividad privada. Posteriormente, la posibilidad de contar con un diseño flexible permitió la incorporación del relato de un profesional que trabajó en un refugio para adultos mayores, lo cual enriqueció la reflexión como se argumenta en el análisis de las entrevistas.

El acceso a las personas que cumplieran con los criterios se dio mediante redes personales y fundamentalmente mediante la técnica de bola de nieve, ya que a partir de las entrevistas se accedía a nuevos contactos.

Retomando nuestro objetivo de investigación, poder conocer los relatos de profesionales del Trabajo Social relacionados al trabajo en residenciales de larga estadía permitió comparar lo esperado por el Decreto N° 356/016 y las prácticas efectivamente

desarrolladas. Esta comparación, pudo vislumbrar las potencialidades y obstáculos que presenta el trabajo en dichas instituciones sirviendo como insumo para trabajar como colectivo en futuras mejoras.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información

En el recorrido del proceso de investigación, la información a la que se accedió en base al enfoque seleccionado provino de la experiencia y vivencias del grupo de profesionales que se entrevistó y el análisis documental.

La elección de la entrevista como instrumento de recolección de datos permite el acceso a la experiencia del informante calificado, dado que es “un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona (...) que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor; entendiendo aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos” (Alonso: 1998; p.50). De esta manera se podrá conocer el rol ejercido por profesionales del Trabajo Social que se encuentran actualmente trabajando o que han transitado por dichas instituciones.

Dentro de las tipologías, se utiliza en específico lo que es dado a llamar como entrevistas de preguntas abiertas “En esta se hacen preguntas precisas redactadas previamente y se sigue un orden previsto. El encuestado, por su parte, es libre de responder como desee, pero dentro del marco de la pregunta hecha.” (Lopez y Deslauriers; 2011; p.5).

Cómo técnica complementaria de recolección de datos, se utilizó el análisis documental donde se incorporan los siguientes: Decreto N° 356/016; Decreto N°265/014 y Ley N°17.066. Los tres documentos permiten el correcto abordaje del estudio, en el caso del Decreto N° 356/016 resulta central ya que nos permite la comparación del rol esperado del profesional del área social; en tanto la Ley N°17.066 aprobada en el año 1998 y el Decreto N°265/014 aprobado en el año 2014 y posteriormente derogado permiten desde la normativa legal conocer las formas de pensar y regular los hogares y residencias para adultos mayores desde el Estado.

En este sentido, la finalidad del presente estudio será la búsqueda de una comprensión lo más detallada posible del objeto de estudio seleccionado. Tomando como análisis documental toda la información teórica relacionada a la temática e interpretando la misma con los relatos obtenidos mediante entrevistas.

3- MARCO TEÓRICO

Se abordarán como grandes categorías analíticas que transversalizan el trabajo las siguientes construcciones teóricas: cuidados, instituciones, rol del Trabajo Social, vejez y

envejecimiento. En este apartado se irán desarrollando cada una de los ejes que forman al objeto de estudio.

Es pertinente mencionar, que al mismo tiempo se parte desde una postura decolonial, la cual, tomando aportes de Mignolo (2010), niega el supuesto que indica “que el sujeto cognoscente en las disciplinas del saber es transparente, está apartado de lo que conoce y no es tocado por la configuración geopolítica de un mundo en donde las personas y las regiones mundiales son clasificadas racialmente” (p.10). En otras palabras, en una estructura capitalista y patriarcal, los sujetos que ejercen disciplinas sustentadas y legitimadas desde el saber, clasifican al otro con categorías que en muchas ocasiones invisibilizan y perpetúan las desigualdades sociales.

El feminismo, desde los aportes de Manes (2021), ha permitido problematizar y cuestionar la mirada androcéntrica y patriarcal que partía de una visión e intervención centrada en la figura del varón mayor. La autora desarrolla en su estudio, el efecto de las clasificaciones que enmarcan a la mujer mayor en determinados roles que perpetúan las desigualdades de género, donde el feminismo, ha cuestionado “los tres imperativos sociales sobre la feminidad: belleza, sumisión y heterosexualidad; imperativos potenciados en la vejez” (en Manes; 2021; p.153).

En base a lo abordado por Wynter (2001), se pretende trazar un paralelismo que permita visualizar la colonialidad del otro. La autora en relación a su objeto de estudio plantea la siguiente pregunta:

¿qué significa ser negro? Desde ese punto, la cuestión no es más estudiar al Negro usando el arsenal de la neurociencia, las ciencias sociales y demás, si no que es el cuerpo Negro el que se implica en hacer-conocimiento, para descolonizar el conocimiento que fue responsable de la colonialidad de su ser. (en Mignolo; 2010; p.35)

En los siguientes apartados, se tratará de construir ¿qué significa ser viejo? atravesado por la interseccionalidad de la clase y género, entre otras categorías que permiten problematizar la colonización del otro que se ha generado desde el poder del saber, intentando cuestionar “la imposición de la monocultura bio-médica occidental como única o superior y se abre a un diálogo de saberes que incluyen el saber popular y los saberes ancestrales de los pueblos originarios” (Sala; 2021; p.137).

3.1 Envejecimiento y vejez

Es necesario, al abordar la temática, distinguir y conceptualizar tanto la vejez como el envejecimiento. La primera, tomando los aportes de Ludi (2015), “se construye social y culturalmente en cada espacio y tiempo, a partir de determinadas condiciones materiales y simbólicas de vida; adopta una multiplicidad de rostros” (p.162) mientras que el segundo “es un proceso particular y complejo que comprende factores biológicos, psicológicos, sociales; constituye una experiencia singular, concreta, “marcada” por las huellas de trayectorias de vida, de prácticas sociales” (p.162).

La autora marca una diferencia entre el sentido, valoraciones y prejuicios que la sociedad ha otorgado a lo que entendemos por vejez en nuestro contexto específico. En contraposición al envejecimiento natural, que los cuerpos de las personas transitan con el pasar de los años, se procesan múltiples envejecimientos dependiendo de las trayectorias que hayan podido tener.

¿Cuál es la valoración que la sociedad devuelve hacia los adultos mayores a partir de la forma de interacción? Encontramos en Ludi (2015) una aproximación a la respuesta, donde la autora plantea que se visualizan relaciones de: sobreprotección, donde se infantiliza al sujeto, impidiendo que desarrolle autonomía dado que se encuentra bajo la tutela de otro adulto, y en relaciones de desprotección, donde se ejercen distintos tipos de violencia, maltratos que ignoran a la persona mayor como alguien portador de derechos.

Esta manera de tratar y mirar al adulto mayor, tomando los aportes de Rodríguez (1979), no ha sido siempre así. En las sociedades tradicionales, ocupaban un lugar privilegiado debido a su experiencia y conocimiento, lo cual les permitía mantener en la mayoría de los casos un papel preponderante en su comunidad. Posteriormente, con el desarrollo del capitalismo, y la implantación de un nuevo régimen socioeconómico, “se les asigna un papel marginal y hasta se les cataloga de inútiles: ya no son productivos, han quedado «obsoletos». La vejez, que es un estadio natural de la persona, queda identificada con el «retiro» o «jubilación»” (p.78).

En relación a lo anterior, las formas de mirar han ido cambiando con el pasar del tiempo, esta identificación con el “retiro” y “obsolescencia” asociada al adulto mayor parte de un conjunto de pre conceptos gestados desde la sociedad, por lo que es preciso profundizar en las instituciones, en el sentido amplio de su connotación, ya que estas, son precisamente construcciones que parten de valores, normas y costumbres de una cultura anclada en un momento específico del contexto socio-económico.

3.2 Instituciones

Partiendo de la pregunta acerca de que son las instituciones, se cree pertinente comenzar con una definición dada por Ortega (2011), quien la describe como:

conjuntos de normas, valores, papeles, costumbres, elementos simbólicos se imponen y son responsables de la construcción de lo social, conforman la columna vertebral de lo moral en una sociedad y, en este sentido, también los principios de clasificación, tienden a soportar y soportarse (en el sentido de soporte) en las instituciones. (p.128)

Se deduce a partir de lo mencionado, que las instituciones residenciales, son construcciones realizadas por sujetos que vivieron en una determinada sociedad, las mismas con el pasar del tiempo se fueron estructurando dependiendo de la época.

Estas construcciones intentan intervenir sobre la cotidianeidad de los individuos, trazando un paralelismo con el argumento de Ullmann (1999) acerca de las normas sociales, concepto que se encuentra ligado al de instituciones, se puede entender a estas últimas “como respuesta o solución a problemas de coordinación recurrentes en las estructuras de interacción de los agentes” (en Pucci y Trajtenberg; 2008; p.107).

Desde la postura de Goffman (2001), una institución “absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio” (p.17). Para el investigador, estas pueden ser más o menos absorbentes, lo cual se refleja en los obstáculos que se interponen entre los sujetos dentro de la institución y la interacción social con el exterior, pudiendo tener mayores o menores restricciones. En el caso de los residenciales, pueden clasificarse como lo que denomina instituciones totales, ya que contiene las siguientes características: todos los aspectos y actividades de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad; cada actividad diaria se realiza con la compañía de otros, a quienes se les da el mismo trato y se requiere que hagan las mismas actividades; las actividades se encuentran programadas y en concordancia con un plan racional de objetivos que la institución se ha prefijado.

Retomando el concepto de instituciones como construcciones sociales, cabe preguntarse si, ¿todos los sujetos, grupos y colectivos aportan en igual cantidad a estas construcciones, o hay algunos grupos que cuentan con cierto poder para imponer su perspectiva?, ¿en caso de que fuera así, que permitiría o legitimaría que algunos sujetos impongan su visión?

Desde el estructuralismo de Bourdieu (1997), partiendo de la noción de campo formulada por el intelectual, considerado como un “espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, (...) entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en disposición de dominar el campo correspondiente” (p.50), podemos encontrar una primera aproximación a las preguntas planteadas anteriormente. Cada campo cuenta con sus propias lógicas determinadas dependiendo del capital que se encuentre en juego, a mayor capital alcanzado por los actores, mayor poder, autoridad e influencia dispondrán.

Cómo se desarrollará posteriormente, la medicina como institución y campo específico ha tenido gran relevancia en las normativas en torno a los residenciales y en el origen del servicio social. Haciéndose visible al recorrer las formas de abordar la cuestión social con la creación de hogares, residenciales y el servicio social.

Desde la creación de los primeros cargos de visitadores sociales en el año 1927, hasta el año 1957, la enseñanza estará a cargo del Ministerio de Salud Pública. Así mismo, la regulación y fiscalización de los residenciales y hogares para adultos mayores ha estado bajo la órbita directa de dicho ministerio, pasando a compartir competencias recientemente en el año 2014 con el Ministerio de Desarrollo Social².

Si bien este pasaje no obtuvo los resultados deseados en el plano de mejoras sustantivas en las condiciones de vida en residenciales y hogares, marcó un cambio de enfoque en el cual además de garantizar los factores sanitarios como exclusividad, se trató de implementar una mirada integral a la situación, donde los/as Trabajadores Sociales, y otros profesionales del área social, logran ingresar en un ámbito predominado principalmente por el saber médico.

En el siguiente apartado, se tratará de realizar una contextualización de la formación de la profesión en un contexto que Ortega (2011) enmarca en un desarrollo de relaciones de producciones capitalistas y simultáneamente en un proyecto de recuperación de hegemonía por parte de la Iglesia Católica que actuaba con organizaciones a nivel nacional e internacional. Como también expresa Díaz (2012), en este intento por mantener su lugar, “La religión católica (...) también se dejó influir por los argumentos del saber médico y lo llamó en su apoyo, formando así con éste una combinación de poderes difícilmente rebatible por el fiel” (p.97).

² Véase, capítulo: 2.2 Normativas a partir del siglo XXI

3.3 Protoformas del Servicio Social

A inicios del siglo XX el modelo higienista, gestado desde finales del siglo XIX, predominó ideológicamente durante las primeras décadas de dicho siglo.

Con los aportes de Ortega (2011), podemos argumentar que existían grandes procesos macrosociales como la consolidación del Estado, la extensión de una serie de derechos, la llegada a la ciudad de la población expulsada del campo, principalmente hacia Montevideo y la gran inmigración que propiciaban este tipo de modelo.

En este contexto originado por un modelo de país que se intenta construir, existen grandes perdedores que van quedando en el camino, como expone Carballada (2004) en relación a su país:

en la lenta construcción de un modo de país, apoyado sobre las ideas de la Europa culta y civilizada, se dará paso al surgimiento de las disciplinas con un enfoque que tiene dos aspectos fundamentales: la inserción de la Argentina como país agroexportador en la economía mundial, y la conformación de nuevos modelos de control punitivo. (p.144)

Este entramado propició e hizo necesaria la intervención en lo social, con nuevas formas de control, apoyado en la idea dominante que “Si la enfermedad era un producto social, y, como ya observamos, la mayoría de la «clase médica» lo pensó así, solo modificando a la sociedad se concluiría con la enfermedad” (Barrán; 1995; p.229).

El disciplinamiento, que tenía como fin “civilizar”, fue impulsado y llevado adelante por maestros, curas y médicos, con el fin de internalizar en el “otro” determinadas prácticas acordes a la nueva sociedad que se intentaba formar. Según Elías (1990), civilizar implica “una serie de controles, a partir de los cuales los individuos en sociedad producen, en primer lugar, su propio autocontrol y regulan su propio comportamiento” (en Porzecanski; 2014; p.92).

Lo anterior fue posible inicialmente por lo que Porzecanski (2014) define como un sentido del respeto basado en la vergüenza de infringir determinadas prácticas culturales de la época, reforzado por la división del trabajo, el mercado y la competencia. Como ejemplos cita el haber erradicado la muerte de la esfera pública, la sexualidad fuera de la vida social y regulada por el matrimonio.

Asimismo, es importante considerar este proceso en el contexto de la consolidación de los Estados modernos ya que:

la emergencia de la cultura humana, es la domesticación de los impulsos agresivos la que permite la existencia de lo social, y de la sociedad misma sin autodestruirse.

En tanto que hasta el medioevo no existía un poder central con la legitimidad necesaria para obligar a los sujetos a controlar sus impulsos destructivos. (Porzecanski; 2014; p.97)

Fue necesaria la creación de categorías a partir de las cuales se pudiera intervenir sobre lo social, estas no fueron originadas sobre una base empírica, sino que se erigen sobre una base moral, como aduce Carballada (2004), “el orden moral será sinónimo de «normal» y todo lo que intente alterarlo entrará en el terreno de lo «patológico»; la idea de razón cambia de sentido, adentrada en la herencia comteana del primer positivismo” (p.40).

¿Quiénes fueron los encargados de aplicar el orden moral? Tomando aportes de Barrán (2014), en la sociedad “civilizada” se confió la responsabilidad de inculcar una nueva sensibilidad en “el padre, el maestro, el cura y una nueva autoridad que se vinculó al prestigio de su saber: el médico” (p.277).

Bajo el paradigma higienista, se promovió que el progreso de la sociedad, debía de ser articulado por la clase médica. En referencia a lo anterior, el saber del médico, sobre todo en el siglo XIX:

es doblemente prestigioso, por ser científico pertenece a la categoría de conocimientos irrefutables en el imaginario colectivo, y por tener consecuencias y depender de la conducta de los hombres, convoca al ejercicio abierto y desembozado –iba a escribir desenfadado– del consejo moral, de la propaganda de normas de vidas adecuadas al culto de la salud, el nuevo Dios del hombre secularizado contemporáneo. (Díaz; 2012; p.95)

Fue así, que la clase médica tomó el poder generando grandes corrientes de influencia que permearon en las legislaciones posteriores y en el origen del servicio social, el cual puede apreciarse en la historia de la profesión.

Tomando los datos aportados por Míguez (2017), es posible trazar una breve historicidad sobre el origen del Servicio Social en Uruguay. En 1926 se aprueba la creación de doce cargos de visitadores escolares, siendo en el año 1927 la creación de la escuela de formación de visitadores sociales del Uruguay en el instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina. En el año 1939, se conforma la Escuela de Sanidad y Servicio Social, dependiente del Ministerio de Salud Pública, siendo en el año 1954, la creación de la Escuela de Servicio Social también dependiente del mismo ministerio. Será en el año 1957, la creación de la Escuela Universitaria de Servicio Social, pasando a ser dependiente de la Universidad de la República.

Para quien no haya leído los orígenes, puede presentar cierta sorpresa el hecho de que hasta el año 1957 el Servicio Social haya sido dependiente del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, como menciona Kruse (1994) la profesión “nació como profesión paramédica, constituyendo el papel de las primeras visitadoras una necesidad impostergable para el buen tratamiento de los niños asistidos en las policlínicas infantiles y para una benéfica y necesaria acción profiláctica y educativa del medio familiar” (Ortega; 2011; p.91).

Tal como se desarrollará posteriormente, el Trabajo Social tomó de las prácticas filantrópicas y religiosas varias de las tareas y objetivos que estas cumplían en determinado momento de la sociedad, donde determinados valores legitimaban este accionar que con el devenir de la separación cada vez más tajante entre el Estado y la Iglesia pasan a ser relegadas. En esta separación, se hace necesario otro tipo de profesionales acordes al pensamiento racionalista que se estaba consolidando.

Como sintetiza Míguez (2017):

El Trabajo Social como disciplina fue creado para sustentar el saber médico y su inclusión en la vida cotidiana de los sujetos, las familias, los grupos. A través de mecanismos inicialmente filantrópicos, caritativos y asociados a lo eclesial, fue configurándose una formación de tipo asistencialista, de relación sujeto-objeto, donde el saber, al igual que el del médico, estaba centrado en la palabra del que iba a resolver las dificultades de esta “pobre gente”. (p.164)

Retomando aportes de Ortega (2011), es menester realizar dos aclaraciones: si bien la Unión Católica Internacional de Servicio Social fundada en 1925 tuvo gran influencia en la formación de la Escuela de Servicio Social en Uruguay, a diferencia de otros países latinoamericanos, la influencia de la Iglesia Católica fue matizada debido al fuerte proceso de secularización que se inició a fines del siglo XIX; en segundo lugar, los asistentes sociales no fueron los sustitutos laicos en el rol y funciones que desempeñaba la Iglesia Católica hacia fines del siglo XIX y principios del XX.

En la primera mitad del siglo XX, en el contexto denominado como periodo higienista, se hace necesaria la figura que Míguez (2017) llama la “mano benevolente” en un proceso de disciplinamiento de la sociedad en general.

Es así que hasta la década de los 60, contexto en el que surge el movimiento de reconceptualización del trabajo social, desde la profesión no se cuestionaban las formas de intervenir desde un paradigma esencialmente positivista. El movimiento mencionado, el cual no se acotó sólo a Uruguay, sino que es un fenómeno de mayor amplitud que abarcó casi a la totalidad de América Latina, realizó una fuerte crítica de las formas de intervenir y trabajar

en el Servicio Social de dicho momento socio histórico. Dicho movimiento, “Dominado por la oposición al tradicionalismo profesional, implicó una crítica global de la profesión: de sus fundamentos ideopolíticos, de sus raíces sociopolíticas, de la dirección social de la práctica profesional y de su modus operandi” (Iamamoto; 2003; p.225).

Se trataba de romper con el determinismo biológico bajo el cual se intervenía en el Servicio Social, como resultado de estar bajo la subordinación de la medicina. La dicotomía normal/patológico, fue el gran lente bajo el cual se intervino, resultando en que en las primeras décadas del siglo XX “no haya sido posible construir formas de categorización de las situaciones en las que se debía intervenir que cayeran fuera de las utilizadas por la medicina” (Ortega, E; 2011; p.104).

En la década del setenta, la Escuela de Servicio social es cerrada por el gobierno de facto. En los años ochenta, la profesión se encuentra saliendo del complejo contexto socio-cultural, siendo a finales de la década de los noventa cuando se forma como una de las Licenciaturas de la Facultad de Ciencias Sociales.

Si bien es un muy breve repaso de la historia de la profesión, como se mencionaba inicialmente, el entender los orígenes permite comprender ciertas prácticas que aún hoy persisten en nuestra profesión y por ende en los profesionales. ¿Acaso no se relega al Trabajo Social a un lugar sumamente operativo? y por otra parte, ¿no persisten algunos rasgos de prácticas eclesiásticas y filantrópicas en la actualidad de nuestra profesión?. Para poder abordar estas cuestiones es necesario profundizar en el rol y dimensiones que porta la profesión.

3.4 Rol del trabajador Social

Definir el rol del profesional es definir las formas de pensar y de actuar frente a los sujetos con los que trabaja. En el caso del Trabajo Social, ese rol nunca fue, es, ni será fácil de encasillar. No solo porque es una construcción que se realiza desde el propio colectivo profesional y desde el exterior, sino que a su vez está en constante cambio y existen variadas formas de pensarlo dependiendo de las posiciones teóricas y epistemológicas que el profesional pueda adoptar en determinado momento socio-histórico.

Tomando aportes de Cazzaniga (2015), entendemos que este obstáculo parte de la dificultad para definir al Trabajo Social. La autora alude a que en la profesión existen dos grandes visiones disímiles que intentarían explicar la profesión, entendiendo éstas como “un conjunto de principios explicativos más o menos articulados, más o menos imaginados, más o menos puestos en acto, desde las cuales es posible, al explicitarse, construir tendencias teóricas (Cazzaniga; 2007; p.68).

Una de estas corrientes es llamada arquitectónica, la cual no se limitaría a la comprensión, sino que intentaría la transformación en una combinación de pensamiento y acción. De la misma saldrán algunas de las corrientes críticas actuales.

Por otra parte, nos encontramos con la segunda perspectiva denominada como ingenieril, la misma intenta encontrar el diseño del “cómo” y valora fundamentalmente lo descriptivo dejando en un nivel inferior los principios teóricos. Ubicando al trabajo social “desde la idea de «técnica» con una formación que se expresa en el bien hacer en la relación recursos-demandas, particularmente en la capacidad de administración escasa del primer término del binomio” (Cazzaniga; 2007; p.70).

Volviendo a la premisa de Cazzaniga (2015) acerca de la dificultad para definir el rol del profesional, se puede entrever que al ser las tendencias un conjunto de principios explicativos que definen al hombre y la sociedad, “se direcciona también una visión sobre la profesión en relación a la sociedad” (Rozas; 2004; p.3).

Esta visión de la profesión en relación a la sociedad, que sustenta teóricamente la intervención, y ayuda a definir el rol del profesional, puede caer en cierto eclecticismo si desde el Trabajador/a Social no se distinguen las matrices desde las cuales se aborda la cuestión social. Desde la definición de Rozas (2004), el eclecticismo es “una mezcla que no obedece a principios determinados de un punto de vista: concepciones filosóficas, premisas teóricas, valoraciones políticas; distintos a menudo o contrapuestos” (p.14).

La mezcla de principios y valoraciones mencionada anteriormente, recae “en la imposibilidad de hallar el eslabón principal en la cadena de acontecimientos y establecer una estrategia adecuada” (Rozas; 2004; p.15), lo cual redundaría en que desde el campo profesional no se desarrolle una tendencia diferenciada que permita intervenciones desde un abordaje que incluya al sujeto y a las relaciones sociales que lo atraviesan, derivadas del modo de producción capitalista. Imposibilitando por ende un trabajo coherente entre la acción y el pensamiento que lleva a no poder definir el rol de manera precisa.

Como profesionales, nos inmiscuimos en un trabajo con otros sujetos, en relaciones que son mediadas por el poder institucional y del saber específico que porta el profesional, el cual, dependiendo de la institución que se estudie, ubicará al profesional en un lugar de mayor o menor privilegio respecto al sujeto con el cual trabaje.

Cuando el Trabajo Social se impone al sujeto “otro” desde una mirada unidireccional, investida o no por el “deber ser” institucional, ejercida por el sujeto singular que detenta la potencialidad del ejercicio del poder por su profesión, el

poder aparece como un “gran sujeto absoluto” que articula la prohibición. (Míguez; 2017; p.167).

El intento de generar relaciones de tipo horizontal, es sumamente importante para problematizar las prácticas y valores de las instituciones en las cuales nos insertamos.

Conforme a lo planteado por Malacalza (2003), el rol “sintetiza las diferentes conductas del individuo que las instituciones requieren para cumplimentar sus necesidades, siempre relativas a una estructura social concreta” (p.12) por lo que, si bien el profesional en su relativa autonomía es permeado en su libertad profesional de plantear distintas estrategias de trabajo, no debe por eso dejar de problematizar las necesidades y formas de intervenir que se solicitan desde la institución. Sobre todo, cuando estas últimas parten de posturas ideológicas que no ven al sujeto como un portador de derechos inalienables.

Por otra parte, sin considerar las particularidades de las instituciones, la profesión tiene según Claramunt (2009) cuatro dimensiones: la dimensión investigativa; la dimensión asistencial; la dimensión socio-educativa y la dimensión ético-política.

La dimensión investigativa, recae en la necesidad por parte del Trabajador Social de conocer y estudiar la realidad sobre la que interviene. En este sentido, tomando aportes de Foucault (1979) los profesionales del Trabajo Social:

implementan procesos investigativos que atraviesan su intervención, nutriéndola de conocimientos empíricos que dan cuenta de la situación particular en la que intervienen y aportes teóricos que les permiten comprender dichas situaciones, así como definir líneas y estrategias de intervención, actuando entonces la teoría como “caja de herramientas”. (en Claramunt; 2009; p.94).

En este proceso, con los elementos teóricos y empíricos el profesional irá construyendo su objeto de intervención. En torno a esta dimensión, y tomando algunos aportes de Cazzaniga (2015), muchas veces desde una mirada positivista se menciona que el Trabajo Social carece de un objeto de estudio definido alrededor del cual formar una disciplina. También en relación al máximo empleador de nuestra profesión otros autores como Ben Plotkin y Zimmermann (2012) consideran que este tipo de profesiones “se configuran en relación con las demandas del Estado y a la vez producen saberes y prácticas significativas para él, constituyéndose en saberes de estado” (Cazzaniga; 2015; p.79).

En lo que respecta a la dimensión asistencial, se basa según la autora en el “desarrollo de procesos por los que intermedia y gestiona la vinculación entre las organizaciones que prestan dichos servicios (públicas, privadas, mixtas) y sus destinatarios (Claramunt, A; 2009; p.95). Distingue la dimensión asistencial del asistencialismo, ya que este último se conforma por prácticas paternalistas y clientelares que no se basan en los derechos sociales de los sujetos.

En este punto también es menester abordar brevemente la autonomía del profesional frente a la institución donde se inserte. Nuestra autonomía es relativa ya que no solo se encuentran las estrategias de intervención que plantee el profesional, sino que también influyen las políticas y programas gubernamentales de cada contexto específico. Se puede entender que, si bien siempre se cuenta con autonomía a la hora de actuar, los programas y políticas pueden potenciar o disminuir esta característica, estas tensiones “implican considerar que trabajo social adquiere sentido (...) en el marco de relaciones sociales que se producen y reproducen dentro de una sociedad capitalista, las cuales van señalando los límites y posibilidades de la intervención profesional” (Aquin et al; 2012; p.306).

La dimensión socioeducativa, es aquella que intenta “incidir y transformar de algún modo las formas de pensar y de actuar de las personas con las que trabajamos” (Claramunt; 2009; p.97).

Teniendo esta dimensión dos caminos posibles, educar para disciplinar a las capas de subordinados para que se reproduzca determinado modelo económico-social desigual, o fortalecer a estas clases subalternas para organizar su accionar transformándolos en sujetos protagonistas que reclaman sus derechos inherentes.

Como bien define Adriana García (2004), la dimensión socioeducativa “posibilita la generación de aprendizajes socialmente compartidos, por sujetos que fortalecen de este modo su capacidad de analizar su realidad, plantear alternativas de cambio y definir su direccionalidad” (en Claramunt; 2009; p.98). Gran desafío para un segmento de la población como son las personas mayores que no presenta un gran despliegue de movilización como otros colectivos, no teniendo muchas veces herramientas de presión como pueden ser marchas multitudinarias. Cabe preguntarnos si lo anterior se debe a la multiplicidad de vejezes, vividas de muchas maneras diferentes, que no encuentran en un relato único el marco que pueda englobar a todos los sujetos para poder presentar resistencia como un solo colectivo ante los poderes hegemónicos que legislan sobre sus vidas unidireccionalmente.

Dicha dimensión socioeducativa liberadora, se ve en riesgo cuando los profesionales intervienen de manera acrítica en la institución en la que se inserten, para Míguez (2017), si bien desde el Trabajo Social se genera conocimiento para intervenir en lo social, “a su vez, reproduce cuando el «deber ser» institucional se impone, técnicas homogeneizantes, disciplinarias y controladoras” (p.168), que no permiten este fortalecimiento como sujetos de derechos.

Por último, la dimensión ético política, se enfoca principalmente en la cuestión sobre: ¿qué valores orientan la intervención profesional? Los valores serán guiados por las opciones de proyectos sociales y concepción del mundo del que parten los/as profesionales del Trabajo Social. Esta dimensión no puede ni debe acotarse al Código de Ética de la profesión, ya que debe de estar en constante construcción y priorizar la defensa legal y efectiva de los derechos de los sujetos, exigiendo al profesional:

una competencia crítica capaz de descifrar la génesis de los procesos sociales, sus desigualdades y las estrategias de acción para enfrentarlas. Supone competencia teórica y fidelidad al movimiento de la realidad; competencia técnica y ético-política que subordine el “cómo hacer” al “qué hacer” y éste al “deber ser”, sin perder de vista sus raíces en el proceso social. (Iamamoto; 2003; p.100)

En síntesis, tomando aportes de Ludi (2015), de manera explícita o no, se tomará un posicionamiento donde el quehacer profesional perpetuara un orden social desigual o trabajara para cambiarlo, lo que en el caso de quienes trabajan con adultos mayores, puede comenzar con “La construcción de un sujeto viejo diferente, desde la instalación de los viejos como sujetos de derecho” (p.168).

A partir de las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente, debe plantearse cómo cada una de ellas se concreta en la práctica dentro de los residenciales. Para esto, es necesario abordar en primera instancia el origen de estas instituciones con sus normativas y objetivos desde un enfoque de cuidados, ya que como se abordó anteriormente, son construcciones sociales que intentan dar solución a problemas o efectos estructurales derivados de un modo de explotación capitalista.

3.5 Residenciales y normativas

Las sociedades sin importar el momento socio-histórico han pensado y diseñado distintas estrategias de cuidado para los sectores que se consideran más vulnerables. Tal es así, que Harari (2019) en relación a los neandertales comenta acerca de ellos que “aparentemente cuidaban de sus enfermos y débiles (Los arqueólogos han descubierto

huesos neandertales que vivieron durante muchos años con impedimentos físicos graves, que son prueba de que eran cuidados por sus parientes)” (p.27). En este sentido, si bien han transcurrido miles de años, puede verse como en las primeras formas de convivencia entre humanos el cuidado de otros siempre estuvo presente.

Se intentará realizar un breve recorrido de lo que han sido las formas de pensar y brindar cuidados al segmento caracterizado como personas mayores desde las épocas de la Banda Oriental siguiendo hasta su independencia y llegando a la actualidad. En otras palabras, se tratará de trazar una genealogía, la cual para Habermas (1989) “investiga cómo se forman los discursos, por qué aparecen y vuelven a desaparecer, persiguiendo la génesis de las condiciones de validez” (en Míguez; 2017; p.165). Como se expondrá, muchos de los cambios en las formas y estrategias de cuidado han surgido a partir de los distintos debates en torno a dichas temáticas. Inevitablemente, el análisis de los discursos, se verá transversalizado por la categoría analítica del poder, entendido este desde una visión foucaultiana como un elemento que:

no se posee, sino que se ejerce en toda la densidad y sobre toda la superficie del campo social, en la familia, en la escuela, en el trabajo, etc. Es como una relación bíblica en la cual se gana o se pierde en cada uno de los choques o enfrentamientos. El poder, más que impedir o reprimir, produce realidad, y más que ideologizar, produce verdad. (Malacalza; 2003; p.12)

Tomando aportes de la tesis doctoral de Mariana Aguirre (2018), sabemos que las instituciones donde ingresaban personas mayores para residir y recibir cuidados se remontan a épocas antecedentes a la independencia de Uruguay. Alrededor del siglo XVIII aparecen en nuestro país: el Hospital de Caridad y el Asilo de Mendigos.

Si bien incidieron en estas instituciones diferentes factores exógenos del contexto particular que produjeron cambios y modificaciones, “fueron los debates ideológicos centrados en la pobreza, en la salud y en la delimitación público/privado, los que determinaron las principales transformaciones en el modelo de asistencia a lo largo de este período” (Aguirre; 2018; p.30).

La autora menciona que la cuestión social era tratada desde el comienzo por la Iglesia, la sociedad civil y el Estado, teniendo inicialmente un mayor peso relativo en los cuidados la Iglesia y la sociedad civil. Dada la heterogeneidad de situaciones de pobreza, se mezclaron lo que ella enuncia como “prácticas benéficas y represivas”, donde se

diferenciaba entre los “verdaderos pobres” que eran merecedores de ayuda y los “falsos pobres” que debían de ser controlados

El Hospital de Caridad, fundado en el año 1796, tenía varias funciones a cargo, siendo según Moras (2000) un "alojamiento para dementes, prostitutas, niños, asilo para huérfanos con el turno correspondiente, enfermas parturientas, oficina de Lotería, imprenta, y hasta llegó a tener un camposanto en su sector central" (en Aguirre; 2018; p.37). En este lineamiento, la investigadora argumenta que en este momento la asistencia institucional a la vejez era incluida en el Hospital de Caridad, pero no era en base a una determinada edad que podían acceder a dicha asistencia, sino más bien a otros factores como por ejemplo la pobreza o enfermedad, cuestiones que compartía con otras franjas etarias.

A partir de la primera mitad del siglo XIX, frente al ascenso de la modernidad, comienza la lucha entre la Iglesia y el Estado por el control de las instituciones y los establecimientos de cuidados. El nuevo Estado-Nación que se había constituido en el año 1830 necesitaba de un mayor control institucional para poder legitimarse, “donde las prácticas filantrópicas y caritativas quedaron restringidas a actividades concretas de la iglesia separada del Estado” (Míguez; 2017; p.169).

Este ascenso de la modernidad puede apreciarse en el pasaje de la administración del Hospital de Caridad, donde en 1855 era administrado por la Junta Económico Administrativa de Montevideo donde el agente privilegiado eran las Hermanas de la Caridad y el agente subordinado eran los médicos.

Este nuevo modelo, que trajo consigo grandes transformaciones como la fuerte secularización y el Estado asumiendo nuevas competencias, «no modificó esencialmente las finalidades y normativas que regulaban las instituciones de asistencia. Mantuvieron su apoyo en un basamento punitivo a la desviación de la norma y fundamentadas en un discurso moralizador vinculado con el trabajo y el “merecimiento”» (Aguirre; 2018; p.69)

Es así que, para finales del siglo XIX, según Míguez (2017) comenzó el proceso civilizatorio que trataba de corregir los actos de la barbarie, con un fuerte proceso medicalizador en nombre de la razón, “Con fuertes argumentos morales y la mirada clasificatoria de la medicina sobre «lo normal» y «lo patológico», se fue consolidando hacia comienzos del siglo XX el modelo higienista” (p.169).

Dicho modelo higienista, tomando los aportes de Acosta (1998), comprende la difusión de una racionalidad técnica para el tratamiento de la cuestión social, la cual “se trata también del proceso de secularización de la moral, por la cual ésta se torna en una moral laica” (p.11).

En 1914, el médico Santín C. Rossi comentaba lo siguiente en relación a si se quería lograr la derrota de la enfermedad que ilustra el pensamiento de su época:

Había que salir de los Hospitales, e invadir de ideas el Parlamento, la cátedra popular y la Escuela para preparar por la ley. la educación y la instrucción, el advenimiento de una vida cautivante y fácil, que inmunice a las razas del porvenir (Barrán; 1995; p.229).

En este contexto, es que en el año 1910 se aprobó la Ley 3.724 de Asistencia Pública Nacional, la cual supuso un gran cambio, “ya que no sólo nacionalizó la asistencia, sino que sustituyó la caridad y beneficencia (que podía merecerse o no) por el derecho a la misma” (Aguirre; 2018; p.87).

Puede apreciarse, como la medicina legitima su saber, permitiendo que posteriormente pueda ingresar en las distintas esferas de la vida cotidiana, en un proceso dado a llamar como medicalización. Dicho proceso, tomando a Menéndez (1985), refiere a la “expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social” (en Mitjavila; 1998; p.2).

Asimismo, en dicho marco los asilos comienzan a tener en consideración el factor de la edad como un requisito excluyente, Luis Piñeyro del Campo en el año 1907 escribirá en su informe que “es un hospicio para alojar, alimentar y asistir ancianos, tanto hombres como mujeres, que sean desvalidos y que tengan sesenta años de edad por lo menos (Aguirre; 2018; p.115).

Como argumenta Aguirre (2018), desde la mitad del siglo XIX se clasificaba la población “anormal” en distintas instituciones para su tratamiento, sin embargo, se encontraba un sector que no encontraba clasificación en las categorías del momento, “lo componían tres circunstancias asociadas: la situación de pobreza, un diagnóstico médico de condiciones no reversibles (vejez, cronicidad, incapacidad) y la ausencia de riesgo” (p.131).

En la segunda mitad del siglo XX, se comienza a dar amparo a los sujetos que no podían ser encasillados, asegurando sus condiciones de existencia en un tratamiento homogéneo dentro de un establecimiento. Surge de esta manera según la autora una nueva identidad, que es la del asilado, quien, amparado en derechos a la ciudadanía, queda atrapado indefinidamente dentro de una institución. Esta consolidación del régimen asilar, sienta como base al modelo de residenciales para ancianos, ya que este último mantuvo del primero “el amparo a una población improductiva con escasa perspectiva de egreso, la fuerte injerencia médica en la dinámica institucional y el control de la vida cotidiana de los residentes” (Aguirre; 2018; p.133).

Es así que a mediados de la década de los años setenta, el Estado pasa a tener un rol fiscalizador de la cuestión social que es tratada desde el mercado, donde se tiende a políticas públicas focalizadas, a la mercantilización y a la descentralización. Siendo en el año 1965 promulgado el Decreto (355/965) que regulaba la práctica de los establecimientos particulares. Posteriormente, en el año 1984 se aprobará el Decreto (309/984) y la primera Ley de Hogares de ancianos (17.066), aprobada en el año 1998 con su decreto reglamentario (320/999). La Ley 17.066 “Hogares de ancianos” no solo fue la primera ley específica sobre la cuestión, sino que se encuentra vigente en la actualidad.

Las principales transformaciones que introduce la ley son:

- 1- Focalizar el perfil de la población objetivo, en este sentido el tener 65 años o más pasó a ser un requisito excluyente para residir en los establecimientos.
- 2- El Director Técnico tiene que poseer un título de médico para poder desempeñar dicho cargo
- 3- Estará dentro de las competencias del Ministerio de Salud Pública.

A su vez, a partir del siglo XXI, se impulsaron una serie de modificaciones, entre las cuales se encuentra el Decreto 356/016 que abordamos en nuestro objeto de estudio. En Uruguay el decreto fue aprobado en noviembre de 2016, donde se reglamentan estándares de cuidados para las personas mayores institucionalizadas, define como su nombre lo indica la “Reglamentación relativa a la regulación, habilitación y fiscalización que ofrezcan servicios de cuidados a personas mayores” (Decreto 356/016; 2016; s/p). En el mismo se asigna la regulación, habilitación y fiscalización de los ELEPEM sean públicas como privadas al Ministerio de Salud Pública, quien evaluará con criterios geriátricos y gerontológicos (Artículo 5), y al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) la regulación y fiscalización en material social (Artículo 6).

Asimismo, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), conformado en mayo del año 2010, es el responsable de la formación en cuidados de las personas que trabajan en los ELEPEM, entendiendo al cuidado como un derecho y la corresponsabilidad del mismo entre Estado – Familia – Mercado, donde los principios orientadores son “el enfoque universal, no discriminatorio, la calidad del servicio, la promoción de la corresponsabilidad, la descentralización territorial, y la capacitación de los agentes del sistema” (Blanco; 2018; p.39).

En dicho decreto, se describen los requisitos necesarios para el funcionamiento de los establecimientos que “en forma permanente o transitoria, brinden cuidados a personas mayores, tales como alojamiento, alimentación y otras prestaciones sociales y sanitarias”

(Decreto 356/016; 2016; Artículo 1), sean estos Hogares (sin fines de lucro) definidos en el artículo 3, o Residencias (con fines de lucro) definidos en el artículo 4. En estos requisitos se encuentran las condiciones generales de la planta física, adaptada a las necesidades de las personas mayores de 65 años y más que residen en los establecimientos, junto a los elementos materiales necesarios para una adecuada atención (Para mayor información puede observarse el Artículo 18). Por otra parte, según el artículo 39, el establecimiento deberá contar con un contrato de arrendamiento de servicios y se debe llevar adelante la elaboración de una ficha de usuario donde conste la identificación del establecimiento y del residente/ usuario, datos del ingreso y egreso, datos de familiares directos y la descripción del proceso de adaptación de la persona mayor.

En el artículo 19, son detallados los recursos humanos necesarios, principalmente aquellos a cargo del cuidado de la personas mayores: se deberá contar con un cuidador por cada diez personas mayores autoválidos, y uno por cada cinco personas mayores con dependencia en turnos diurnos; en turnos nocturnos, se establece un cuidador por cada veinte residentes autoválidos y uno por cada diez residentes con dependencia.

Las personas que se desempeñan en el rol de cuidador, deberán contar con el curso básico de atención a la dependencia dictado por el SNIC u otras instituciones habilitadas y estar inscriptos en el Registro Nacional de Cuidados de la Secretaría Nacional de Cuidados (Artículo 22). Los establecimientos regulados por el Decreto 356/016, deberán contar con un médico geriatra – gerontólogo o médico general que cumpla la función de Director Técnico y un profesional del área social (Artículo 24).

En cuanto al adulto mayor, el Artículo 32 regula la función social de los establecimientos, el cual menciona que se:
velarán por el respeto y reconocimiento de la identidad e individualidad de la persona mayor, desarrollando las acciones pertinentes a los efectos del fomento de su autonomía, de su participación en los diversos ámbitos sociales y familiares y al ejercicio pleno de sus derechos. (Decreto 356/016; 2016)

Con motivo de dar cumplimiento a lo mencionado anteriormente, el establecimiento deberá llevar a cabo un Proyecto de centro “(...) donde se transcriban los principales objetivos estratégicos del establecimiento, y las diversas acciones concretas dispuestas para lograr los mismos” (Decreto 356/016; 2016; Artículo 34); y un consentimiento informado que consiste en el documento que se obtiene al momento del ingreso de toda persona mayor al ELEPEM, donde “se deja constancia que una persona, habiendo sido informada respecto de las condiciones y servicios brindados por el establecimiento, así

como de sus derechos, deberes y obligaciones, manifiesta libremente su voluntad de ingresar al mismo en calidad de usuario” (Decreto 356/016; 2016; Artículo 40).

Como puede apreciarse, el marco normativo que presenta el Decreto 356/016 se basa en la perspectiva de derechos de las personas mayores, donde se reconocen como sujetos de derechos y no como objetos de intervención o beneficiarios. Esta concepción del adulto mayor desde una perspectiva de derechos, puede explicarse con los datos aportados desde el Sistema de información sobre la vejez y envejecimiento (2015), de ahora en más nombrado como SIVE, donde se menciona que a partir de enero del año 2014, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), comparte competencias institucionales con el Ministerio de Salud Pública (MSP) en la regulación, fiscalización y asesoría de los establecimientos de larga estadía que ofrecen cuidados a personas mayores en todo el país.

Este cambio en el pasaje de competencias, se basa en un cambio en la visión hacia los sujetos que utilizan estos servicios, partiendo desde “una concepción socio-sanitaria, donde la protección de derechos y la conexión con la comunidad y otros servicios socio-sanitarios debe ser imprescindible” (SIVE; 2015; p.98). A partir del siglo XXI, el enfoque en las políticas y normativas que regulan los derechos de las personas adultas mayores comienza a trasladarse hacia una visión que aborda al sujeto desde una perspectiva de derechos humanos, el cual “entiende a las personas adultas mayores como sujetos de derechos y no como sujetos de necesidades, incorporando los propósitos y desafíos definidos en distintas instancias a nivel internacional”³ (Paredes; 2013; p.75)

Lo mencionado anteriormente ha impactado en las normativas, pasando de la Ley 17.006 donde las competencias eran exclusivas del componente sanitario a la nueva Ley 19.149 y Decreto N°265/014 donde se otorga una mirada integral de la situación.

Este pasaje se dio en medio de largos debates, en los cuales se entendió finalmente que los derechos de las personas mayores eran mucho más que la salud física, por lo que no correspondía que Inmayores estuviera solamente bajo la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Puede verse como el Decreto N°265/014 se alinea en la misma dirección que el Decreto N°356/016 mencionado en la introducción, ya que:

³ Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, Conferencias Intergubernamentales sobre Envejecimiento (Santiago, 2003; Brasilia, 2007; y Costa Rica, 2012), la Recomendación n.º 27 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2009 (CEDAW por su nombre en inglés), y la Observación general n.º 6, en el marco de Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad (Naciones Unidas, 2009).

velar por el respeto de los derechos de las personas que residen en establecimientos de larga estadía implica, además de atender el aspecto sanitario, valorar el respeto de su derecho a la participación, privacidad, toma de decisiones, libre circulación, promoción de la autonomía, respeto a la propiedad privada y a la confidencialidad, a habitar espacios no hacinados, entre otros. (SIVE; 2015; p.98)

Inmayores, parte de este nuevo enfoque basado en una perspectiva de derechos, asume las competencias mencionadas anteriormente en un contexto donde los servicios públicos son mínimos y donde el sector privado presenta una alta informalidad. La siguiente información que se presenta fue tomando algunos datos proporcionados por la División de Regulación de Inmayores en conjunto con la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) hasta el año 2015 para Montevideo y el Área Metropolitana.

Hasta mediados del año 2015, Inmayores registró 1030 establecimientos de larga estadía, pudiendo clasificarse en tres tipos: residenciales, hogares sin fines de lucro y servicios de inserción familiar.

La Reglamentación técnica de los alojamientos privados para adultos mayores, en su artículo N°4 se denomina residencias a los establecimientos privados con fines de lucro que ofrecen vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico - gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

Tomando datos de Inmayores, hasta el 2015 a nivel nacional los residenciales serían el tipo de establecimiento⁴ con mayor peso relativo, alcanzando un 75% del total, resultando en 776 establecimientos. A nivel territorial, los departamentos de Montevideo y Canelones concentran el 57% de los establecimientos del país.

Por otra parte, los datos arrojados por SIVE (2015), relevaron 485 establecimientos en Montevideo y Área Metropolitana, en los cuales residen 8.529 personas de las cuales casi ocho de cada diez son mujeres. Así mismo, el 94% de quienes residen en establecimientos de larga estadía son personas mayores. Donde siete de cada diez residentes tienen 80 años y más, y dos de cada diez tienen entre 65 y 79 años. Los residentes menores de 65 años representan un 6%: 4.8% tiene entre 50 y 64 años, y 1,2% menos de 50 años. Casi ocho de cada diez mujeres tiene 80 y más años, lo cual sucede con el 54.6% de los varones (SIVE; 2015).

⁴ El estudio toma cuatro clasificaciones: Residenciales; Hogares; Inserción Familiar y Sin clasificar.

El relevamiento también indaga si los residentes requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, levantarse de la cama, vestirse) para determinar su nivel de dependencia. El 57.4% de quienes residen en establecimientos necesita ayuda para estas actividades, mientras que el restante 42.6% no lo requiere.

En ese sentido, retomando los aportes de Aguirre (2018), la cual expone en su tesis de doctorado, que en el año 2018 solo 18 establecimientos de un total de 943 registrados se encontraban habilitados para funcionar, cabe interrogarnos acerca de las condiciones en la que se encuentran viviendo gran parte de los adultos mayores y cómo repercute esta irregularidad finalmente en el trabajo llevado adelante por el Trabajador/a Social. El siguiente análisis no logra ahondar de manera exhaustiva en la interrogante dado que excede el presente estudio, sin embargo presenta un pequeño insumo para futuras investigaciones.

4. Análisis entrevistas

En el siguiente apartado se llevará a cabo el análisis de las entrevistas realizadas a lo largo de la investigación. Para comenzar es menester indicar que las mismas fueron realizadas a siete profesionales de Trabajo Social, siendo seis de ellas mujeres y un hombre, lo cual deja entrever la feminización de la profesión. Siguiendo este razonamiento, Alcázar (2014) expresa que lo anterior se ha abordado desde distintas perspectivas, donde vinculan esta feminización a una desvalorización de la profesión y por otra parte se intenta trazar un origen desde sus pioneras, principalmente mujeres.

Los residenciales privados en los cuales trabajaron y trabajan abarcan los departamentos de Flores, Montevideo, Canelones, San José y Colonia. Por último, mencionar que una de las entrevistas se realizó a un profesional que trabajó en un refugio transitorio para mayores de 55 años, el cual por motivos que posteriormente se plantean enriquece el análisis propuesto.

Si bien el Trabajo Social ya se encontraba relacionado a los residenciales, a partir del Decreto 356/016 se enmarca por primera vez dentro de un marco legal que crea la figura del profesional del área social con determinados objetivos y tareas a cumplir. La instalación legal de la figura del profesional tiene como uno de sus cometidos el garantizar y fiscalizar que se pueda brindar una vida digna dentro de los residenciales privados de larga estadía, de ahora en más nombrado como ELEPEM.

El profesional tiene a cargo la elaboración de un proyecto de centro, el cual debe de contener los siguientes objetivos específicos y define el rol asignado: “a) fomento de autonomía; b) estimulación motriz y cognitiva; c) participación e integración en las redes vinculares y familiares; d) promoción de derechos de los usuarios; e) recreación” (Artículo

36).

En principio cabe destacar que se enfrentó una gran dificultad para encontrar Trabajadores Sociales que estuvieran o hubieran trabajado en residenciales de actividad privada. A manera de hipótesis, esto se podría explicar por dos motivos: a) Existe un muy bajo número de residenciales habilitados por el Ministerio; b) La definición del profesional del área social no se restringe solo a los Trabajadores Sociales. Sobre este último punto, se pretende plantear dos reflexiones. En primer lugar, la ambigüedad con la que se define el rol como profesional del área social es efecto de la flexibilización laboral que se ha profundizado en las últimas décadas, donde cualquier especialización del área social puede realizar la tarea demandada, generando una “competencia entre carreras del área de las ciencias sociales partiendo de que son básicamente lo mismo desde la lógica del mercado” (Carballo; 2008; p.106). Por otra parte, siguiendo esta lógica donde las carreras del área de las ciencias sociales son iguales, se pierde de vista que el rol demandado en el decreto 356/016 se ajusta perfectamente al proyecto ético político del Trabajo Social, que “desde sus orígenes, es una profesión que tiene un compromiso con la construcción de una sociedad humana, digna y justa” (Martinelli; 2008; p.9).

Se encontró en la búsqueda de profesionales del Trabajo Social, que en los ELEPEM que apuntaban a un sector de ingresos medios-altos y se ofrecían una amplia gama de servicios, el rol del profesional del área social solía ser ocupado por un psicólogo/a. Esta falta de profesionales del Trabajo Social en dichos residenciales, puede deberse a la asociación de la profesión ligado al trabajo con poblaciones de contextos vulnerables, lo cual en una empresa puede no ser tan redituable. Asociación que cuenta con fundamento, ya que parte de nuestro rol es permitir que se abran espacios de diálogo para segmentos olvidados, siendo en muchos casos “los interlocutores de este segmento que prácticamente ya no le interesa a casi nadie. Hombres que viven en la calle no votan, inmigrantes sin trabajo, ancianos que no son productivos desde el punto de vista del mercado” (Martinelli; 2008; p.8). Sin posibilidad de poder saldar esta discusión pendiente, se plantea como interrogante si la disciplina, debe visualizarse “como una profesión que atiende todo aquello que no es específico de las demás profesiones sociales” (Martinelli; 2008; p.7), o si puede y debe de transformarse incluyendo otras posibilidades de empleo. Esto invita a plantearse como una posibilidad el re-pensar la profesión.

A partir del rol definido en el Decreto 356/016 y en comparación al efectuado por las profesionales del Trabajo Social en los ELEPEM, se encuentra a grandes rasgos que este se cumple en diferente medida dependiendo de las demandas de las instituciones y la apertura que tengan las mismas.

En primera instancia, se encontró que la demanda de trabajo por la cual las

profesionales ingresaron en los residenciales privados se relaciona directamente con la reglamentación que exige un profesional del área social en la institución para poder obtener la habilitación. Si bien el demandante es el sector privado, la relación contractual se desprende desde normativas legisladas por el Estado, lo cual corrobora el origen de la profesión ligada a este último y sus políticas públicas, siendo su principal empleador hasta el día de hoy y generando desde sus políticas los incentivos para la generación de empleos en el área empresarial. Como refleja Claramut (2018) en su tesis doctoral, “un 60% de los ocupados se desempeñan en algún organismo estatal en el marco de su único trabajo o de su trabajo principal” (p.124)

Al respecto en las entrevistas se mencionó:

(...) ingresé en realidad porque el residencial está en proceso de habilitación y por decreto piden un profesional del área social, ergo, un trabajador social y entonces empecé yendo a hacer visitas medias aisladas para hacer un informe y darle a la abogada para realizar el trámite de habilitación. (Entrevista Sofía)

(...) lo que hacía dentro del rol del Trabajador Social me encargada del proyecto centro, que es lo que pide el Mides sobre todo para la habilitación. (Entrevista Camila).

A pesar de la exigencia legal, la mayor parte de los residenciales no cuentan con dicho trámite, tal como puede observarse en el listado de establecimientos con certificado social publicado por el MIDES⁵, para febrero de 2019 existían un total de 37 residenciales habilitados. Se evidencia una retirada o incapacidad del Estado para ser un garante de que se cumplan ciertos parámetros para una vida digna. Esto es expresado por una de las entrevistadas que comentaba:

(...) En realidad no llegué a hacerlo, porque primero como en realidad la exigencia no era tal, de que hubiera el rol del trabajador social, que en su momento cuando me llaman que tenían que tener, y después se dan cuenta que en realidad no era tal. (Entrevista Carolina).

En este caso, se puede distinguir un Estado ineficaz, en tanto no logra hacer cumplir con un Decreto que emana desde su poder, dejando sin garantías a los adultos mayores en relación al acceso a una vida digna.

Por otra parte, el trabajo desplegado por las profesionales se ve precarizado, ya que se vuelve sumamente inestable, tal como se puede apreciar en el fragmento de la entrevista anterior. Al no ser visualizado como un servicio indispensable para el funcionamiento, no todos los residenciales querrán contratar este tipo de profesionales, más aún, cuando la

⁵ Véase en bibliografía: Mides (2019). Establecimientos habilitados.

rigurosidad de las normas se torna laxa. Redundando en que en los casos donde se contrate un profesional, se permita el trabajo de muy pocas horas, donde se tenga que recurrir al multiempleo para poder subsistir.

Esta precarización, no solo asiste a los profesionales del Trabajo Social sino a los distintos trabajadores en general de manera global, en un fenómeno que Beck (2000), sintetiza como una variante de la expansión de las sociedades laborales posmodernas donde “los cimientos del Estado asistencial se vienen abajo: las biografías personales se tornan frágiles; la pobreza de la vejez se programa anticipadamente; de las arcas vacías municipales no se puede sacar dinero” (p.11). Llevando a que en el mercado laboral se generen cambios y se produzcan flexibilizaciones, lo que para el autor significa que “el Estado y la economía traspasan los riesgos a los individuos” (Beck; p.11; 2000).

El traspaso de riesgos a los individuos, puede verse por ejemplo cuando una de las entrevistadas menciona: “(...) mi seguridad en cuanto a lo laboral corre por mi cuenta, yo tengo empresa, yo pago la caja, y a su vez tampoco puedo cobrar un sueldo digno a la función, porque claramente no te contratan” (Entrevista Jorgelina). Estas transformaciones en el mercado laboral, deben de ser analizadas bajo la reflexión realizada por Ferrere (2009), quien comenta que “3 de cada 10 trabajadores carecen de aguinaldo y licencia por maternidad, situación especialmente grave teniendo en cuenta que el 91,2% de la categoría profesional está formada por mujeres” (p.43).

Puede trazarse un paralelismo con el riesgo a la vejez, al ser los residenciales una empresa privada, los cuidados se ven mercantilizados, por lo que dependiendo del nivel socioeconómico del adulto mayor o de su red vincular en caso de tenerla, será el acceso a determinados servicios que puedan obtener, transformando así los derechos del adulto mayor, en una mercancía.

Convertidos los servicios y derechos esenciales en un bien de consumo, los adultos mayores despliegan distintas estrategias de cuidado:

En los estratos de nivel alto, el ingreso económico permitiría la utilización de las ofertas del mercado para el cuidado, mientras que en los estratos de nivel bajo, el cuidado se basa primordialmente dentro de la familia. Los sectores medios constituyen un grupo social heterogéneo en sus modalidades de abordar el problema de las necesidades de cuidado. (Carbajal y Berriel; p.48; 2014)

En este acceso a los servicios y derechos, el Trabajador Social juega un rol preponderante, lo cual se puede apreciar en las entrevistas cuando se trabaja con distintas instituciones, redes vinculares y familias. Los apoyos sirven al adulto mayor como red de sostén ante cualquier contingencia, teniendo la familia un rol preponderante, ya que como comenta Carbajal y Berriel (2014) “Los servicios sociales de apoyo a la reproducción social

de la población mayor no han logrado un pleno respaldo público, y la familia actúa como el principal mecanismo de absorción de riesgos asociados a la vejez” (p.42).

A pesar de la predominancia en el apoyo familiar, a lo largo de las entrevistas surge la multiplicidad de situaciones con las cuales trabajan, encontrando familias con mayor y menor presencia hasta la ausencia de las mismas.

No todos los residentes que estaban allí tenían familia presente, entonces otra de mis patas ahí en el hogar, era vincularse con algún familiar, y generar por lo menos una visita alguna vez, algún llamado telefónico para restablecer el vínculo (Entrevista Elisa)

Había muchos que los iban a visitar todas las semanas, o varias veces en la semana y había otros que hace meses no veían a los familiares. Me pasó también de sostener adultos mayores en la angustia porque no veían a sus nietos o a sus hijos (Entrevista Camila,).

Referente al trabajo en red, algunas de las instituciones mencionadas fueron la iglesia, el ejército, intendencias municipales, entre otros. Este trabajo se vuelve primordial para poder vincular distintas instituciones, pudiendo acceder a recursos que por otros medios los adultos mayores de escasos recursos se verían imposibilitados. Como comentaba una de las entrevistadas:

Ahora estoy gestionando con Mides pañales, que el Mides en realidad tiene algunos recursos de ese estilo, te dan pañales por tres meses, pero te cubre bastante, para los dependientes de pañales y que no tienen plata para pagarlos (...) estoy gestionando con las fuerzas armadas tutela social, que es un beneficio que tienen las personas que trabajan en las FFAA (Entrevista Sofía)
(...) a veces son unas iglesias que van y se toman su tiempo donde plantean actividades y encuentros (Entrevista Elisa)

Otra de las aristas que toma relevancia en las entrevistas es el trabajo realizado tanto con las cuidadoras como los/as propietarios/as de los residenciales. Las primeras, dada la baja remuneración de su trabajo, no cuentan en su mayoría con formación en cuidados desde una perspectiva de derechos. Lo que conlleva a un déficit en la calidad del cuidado que en algunos casos puede terminar en la vulneración de derechos de los adultos mayores.

La mayoría de las cuidadoras en realidad son personas que no tienen capacitación propiamente para trabajar con el adulto mayor. Esto se ve reflejado mucho con los ingresos y egresos de la conformación de los equipos (Entrevista Jorgelina)

Había mucha rotabilidad de personal porque los sueldos eran bajos, los abuelos generaban un vínculo con una persona que después se iba” (Entrevista Elisa)

Se visualiza una escasa calificación que se ve agudizada en algunos casos por parte de los/as dueños, ya que como expresaban las entrevistadas, en varios casos se encontraban limitaciones a las distintas propuestas:

Les he mandado ahora por ejemplo del MSP, que mandó un mail diciendo que había talleres para cuidadores, no me dieron bolilla. En realidad la dueña me dijo “para que lo quieren? (Entrevista Sofía).

Había propuestas por ejemplo que se hacían, de poder hacer conexiones o de que vaya otra persona como para dar determinado taller sobre cierta temática y no la aceptaban (Entrevista Camila).

Ante la falta de capacitación, la posibilidad de vulneración de derechos aumenta, ya que no se cuentan con herramientas necesarias para visualizar dichas situaciones. Las acciones que vulneren al otro pueden tener distintos grados y desarrollarse tanto verbal como físicamente. En referencia una de las entrevistadas comentaba su vivencia de un episodio de maltrato en su horario laboral:

Cuando vivencie esa situación, lo que hice directamente fue intervenir con los funcionarios, primero desde frenar la situación, que entiendan que la otra persona es un sujeto de derechos, aunque sea un adulto mayor, que no lo traten como si no tuviera derechos por estar ahí, hablando de que no es la forma de tratar al adulto mayor, y a su vez lo que siempre busqué era hacer talleres de sensibilización de la vejez. No lo logre porque siempre había un «pero» sino era del encargado, era de los funcionarios, entonces eso fue como una limitante que vi y un poco me frustraba, porque si están trabajando con adultos mayores y que haya ese maltrato, o como que no tenían paciencia, era muy frustrante que no aceptarían una capacitación, una sensibilización. (Entrevista Camila).

La resistencia a incorporar ciertas temáticas, talleres y sensibilizaciones que proporcionen mayores herramientas para el trabajo a las cuidadoras, deja a entreever una escasa estima en lo que las profesionales recomiendan trabajar en la institución. Valoración relacionada a un desprestigio, que si bien no ha sido abordado en las entrevistas, fue uno de los indicadores que más preocupaba a los profesionales de acuerdo al Informe realizado por la Unidad de Asesoramiento y Evaluación (2004) del Segundo Censo de Egresados del Plan 92 de la Facultad de Ciencias Sociales. Esto repercute en un rol limitado, desde el punto de vista que no se permite desplegar en su totalidad, llegando en algunos casos a solicitar tareas para las cuales no se ha ejercido ninguna formación.

(...) a mí me paso que me tuve que imponer también, no entienden el rol, se lo explicas y le puedes hacer todo un detalle de lo que es, no lo entienden y no se dan cuenta que el aporte del trabajo social dentro del residencial es muy bueno (...) me pasó igual en otro trabajo que era relacionado a los adultos mayores, que tuve que hacer como una pasantía en un residencial, y ahí me pedían que los bañara o limpiara” (Entrevista Camila)

Todo lo relacionado a la parte familiar, a los nexos institución familia, no los he podido hacer por una cuestión de bloqueo continuo, que no están, que no hay información, que no me dejan hablar. Y eso también te limita el ejercicio profesional al 1000% (Entrevista Sofía)

La solicitud de tareas que no corresponden específicamente a la profesión, llevan a que se tenga que enmarcar constantemente el trabajo que se vaya a realizar, como comentaba una de las profesionales:

“Todo el tiempo, tenes que encuadrarte ahí en el residencial, decir “¿esto me corresponde?” (Entrevista Jorgelina).

Otra de las temáticas que surgieron en algunas de las entrevistadas, fue el trabajo en el periodo de pandemia, donde se implementaron nuevas estrategias como la incorporación de tecnología y los recursos disponibles fluctuaron:

nos tocó esto de la pandemia entonces se vio mucho más limitado, capaz cosas que se hacían, no sé yo pensaba en esto de las actividades que se hacían de educación física antiguamente estaba el SOCAT⁶ y capaz que se podían cómo planificar cosas y demás. A veces iban estudiantes de ISEF pero claro, eso después caduco, los socat desaparecieron (Entrevista María José)

Con el tema de la pandemia la virtualidad como en todos lados fue como el boom y el zoom la herramienta principal a usar” (Entrevista Jorgelina).

El desmantelamiento en recursos como el SOCAT, concuerda con la idea del contexto de expansión de las sociedades laborales posmodernas e ideas neoliberales, donde se afecta de forma directa el rol del profesional ya que se recortan las políticas sociales mediante las cuales el profesional podía abordar distintas situaciones. Si bien el rol no se limita a la ejecución de políticas sociales, las mismas son una herramienta de gran impacto en la vida cotidiana de las personas con las cuales se trabaja.

Finalmente, se cree pertinente realizar una comparación con la entrevista realizada a Leonardo, un Trabajador Social que desempeñó su rol en refugio transitorio para personas de 55 años en el programa Calle a responsabilidad del Plenario de Mujeres de Uruguay

⁶ Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial

(Plemuu). Como se mencionó anteriormente, no realizó un trabajo específicamente en un ELEPEM, por lo que es menester indicar el motivo por el cual se ha incluido su relato. Al entrevistar al profesional, se describió en el relato acerca del refugio una dinámica similar al que se desarrollaba en los ELEPEM de gestión privada, tanto desde el trabajo realizado por Leonardo como el funcionamiento de la institución. A su vez, la población con la cual trabajaban desde la institución correspondía en su mayoría al segmento considerado socialmente dentro de la vejez.

El profesional comentaba que:

(...) se terminaba dando en los hechos que era como un residencial más, cuando en realidad más allá de que si tenía las características, la idea es que fuera transitorio (Entrevista Leonardo).

Según el entrevistado, se trabajaba con cada persona atendiendo las distintas situaciones, encontrando semejanzas en las prácticas que desarrollaban y desarrollan las demás profesionales entrevistadas, tanto en la vinculación con otras instituciones, organizaciones y familia de los adultos mayores, como también la estimulación cognitiva y recreación.

Si bien es esperable que las prácticas sean similares a pesar de las distintas instituciones, tal como comenta Claramunt (2009), nuestro rol porta cuatro dimensiones constitutivas sin importar el lugar de inserción, se encuentra en el relato diferencias en varias de las lógicas de la institución, dado que la misma es una organización sin fines de lucro en contraste a los ELEPEM de gestión privada.

A modo introductorio, Plemuu es una ONG que cuenta con convenios de parte del Estado uruguayo, otras ONGs y empresas privadas. Como se puede encontrar en su página web⁷, es una organización no gubernamental que tiene por objetivo mejorar la condición de la mujer uruguaya, y por misión una nueva mujer, una nueva familia, una nueva sociedad.

Al ser una ONG con fines sociales, con una misión social en la que se reivindican ideales de igualdad, se plantea una diferenciación en cuanto a las empresas de residencias para adultos mayores, donde se persigue la maximización de beneficios. Este fin social que se propone la ONG, o la maximización de beneficios en la empresa, puede homologarse a la dimensión ético política abordada anteriormente en el apartado de las dimensiones del Trabajo Social. Retomando la pregunta, ¿qué valores orientan la intervención profesional?, que en este caso se puede plantear sobre las instituciones mencionadas anteriormente, se puede apreciar cómo los distintos valores se plasman en distintas realidades de trabajo cotidiano con el otro. No se intenta aducir que en uno de los casos el funcionamiento sea el ideal deseado, sin embargo puede servir como disparador para el futuro debate.

⁷ Web: <https://www.plemuu.org.uy/>

Retomando algunos puntos mencionados respecto a la formación de los trabajadores y las condiciones en las cuales vivían los sujetos que allí residían, se encuentra una búsqueda de personal capacitado, oferta de cursos y solicitud de requisitos mínimos que tienen una búsqueda de una mejor atención, posicionando al otro con quien se trabaja como un sujeto de derechos. En este sentido, Leonardo comentaba:

(...) capaz que por el caso de Plemuu, que es donde yo trabaje digamos, Plemuu era como bastante de fomentar el tema de la capacitación, por lo menos a nosotros, a la parte del equipo técnico y también con los cuidadores de hecho se hacían cursos mismo en Plemuu, no se, con psiquiatras, para ver el tema de las psicopatologías, o demencia o de cómo actuar ante diferentes situaciones (Entrevista Leonardo).

(...) te digo, a veces nos pasaba cuando iba la gente de la emergencia médica, casi que a diario, y siempre nos destacaban al lado de otros residenciales, el nivel de atención que teníamos ahí no se comparaba. Nos decían los mismos médicos, mismo que también teníamos el control del Mides no, entonces ta, que no todos los residenciales” (Entrevista Leonardo)

Los adultos mayores del refugio en comparación a los que residían en residenciales privados accedían a un mejor bienestar debido a la búsqueda de personal calificado que permite una mejor atención. Se entiende que este control llevado a cabo por Plemuu del personal y condiciones de vida en general, permiten que los sujetos que allí se encuentran residiendo, puedan gozar de una atención de base digna. Cabe aclarar que las ONG como Plemuu que cuentan con distintos convenios con el Estado, son fiscalizadas en distintos periodos para poder mantener sus contratos.

Ante la problemática del Estado para fiscalizar de manera directa el correcto funcionamiento de los residenciales de gestión privada, las ONGs como el caso de Plemuu pueden plantear alternativas que permitan un monitoreo adecuado.

En un contexto de cambios demográficos que seguirán profundizando y donde las demandas de cuidado irán aumentando, es necesario planificar el futuro en términos de política pública para poder garantizar una vida y vejez digna:

Si bien gran parte de las necesidades de cuidado nunca fueron satisfechas por el Estado en nuestro país, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, produciéndose un verdadero déficit de cuidado al que, a las viejas necesidades de cuidado se suman las nuevas necesidades de cuidado. (Batthyány; 2007; p.226).

Necesariamente esta búsqueda de soluciones para el futuro debe partir de un diálogo entre los distintos actores involucrados, donde el profesional del Trabajo Social deberá de aportar y contribuir a mejorar dicho proyecto que en última instancia es socio comunitario.

5. Reflexiones finales

En este apartado se presentarán las principales reflexiones a las cuales se ha llegado finalizada la monografía.

En primer lugar, agradecer a las profesionales que accedieron a ser entrevistadas ya que permitieron conocer y complejizar la labor diaria desarrollada en los residenciales privados para adultos mayores.

Se procuró conocer el rol desarrollado en dichas instituciones sin olvidar al sujeto principal con el que trabajamos cotidianamente, ya que, si bien no se tienen relatos en primera persona de los adultos mayores, se puede conocer parte de las condiciones de vida a través de la mirada de las entrevistadas. Se pudo observar que en términos generales, las condiciones en la cuales se encuentra la mayoría de los casos son de vulneración de uno o más derechos.

Dado que la problemática necesita de un enfoque multidisciplinario donde participen todos los actores involucrados, se desprende que la solución no es posible de alcanzar solo desde el colectivo de Trabajadores/as Sociales. No ha de tomarse como un desentendimiento de la cuestión, sino como una invitación a la generación de una mayor visualización de la situación actual, intentando generar un diálogo entre todos los actores, incluyendo principalmente la voz de las personas mayores.

Uno de los puntos que se debe tratar de visibilizar, es el escaso número de residenciales privados habilitados actualmente, ya que como se mencionaba, permite un menor control por los organismos responsables permitiendo la vulneración de derechos de muchas personas mayores, desprotección que termina afectando en mayor medida a los adultos mayores de menores recursos, ya que el cuidado se torna un bien mercantilizado.

A partir del estudio, se pudo conocer los distintos obstáculos que las profesionales encontraban a la hora de desempeñar su rol. En relación a las prácticas desarrolladas, se encontró que el rol de las Trabajadoras Sociales no se podía cumplir en la mayoría de los casos con lo expresado en el Decreto 356/016.

En los relatos se pudo encontrar situaciones en las cuales no se permitía el trabajo con las redes vinculares y familiares. Tal como reflexiona Aristóteles (1988) “el hombre es por naturaleza un animal social” (p.50), si bien el filósofo no se refería solamente a la familia

sino a la sociedad en su conjunto, permite reflexionar acerca del distanciamiento y aislamiento que fue relatado en varios casos, donde el impedimento para trabajar con las redes vinculares no permitía abordar la problemática.

En el trabajo de recreación, se encontraron barreras a la hora de presentar propuestas fuera de la institución, ya que presentaban un gasto superfluo para las empresas. En este caso se ponía en práctica la red de organizaciones e instituciones que la profesional podía recurrir para conseguir recursos. Por otra parte, las iniciativas que no requerían de nuevos recursos o no modificaban la rutina preestablecida por lo general no presentaban reticencias ante los/as dueños/as de las instituciones y el personal de cuidado. Cabe destacar de igual forma, que una de las entrevistadas comentó trabajar en un residencial que se encontraba alineado desde una perspectiva de derechos, donde se trataba de aplicar iniciativas que pudieran contribuir a la formación de las cuidadoras y personal técnico.

Uno de los aspectos que fue retomado como central en el rol fue el trabajo con otras instituciones y organizaciones relacionadas a la temática, para lo cual es necesario que el profesional tenga conocimiento de las políticas sociales que puede utilizar como herramientas.

Se desprende de los relatos, la necesidad de trabajar como colectivo para poder fortalecer la profesión, donde las dificultades que se encuentran y la precarización laboral que se ha profundizado se pueda revertir. Es fundamental el trabajo con los demás actores con los cuales nos involucramos en las instituciones. En este punto, retomando a Claramunt (2009), es donde la dimensión socioeducativa que conforma el rol profesional debe de verse involucrada, tratando de incidir en las formas de pensar para poder revalorizar la práctica profesional.

Finalmente, a pesar de no estar con la presencia necesaria, se cree que el rol desplegado por las profesionales enriquece las instituciones, trabajando en pos de una vejez digna y con derechos.

Referencias bibliográficas

- Acosta, L (1998). La génesis del Servicio Social y el "higienismo". En: Revista Fronteras N° 3. Fondo Cultural Universitario. Montevideo -Uruguay.
- Aguirre, M (2018). La institucionalización de la vejez en Uruguay: del hospital de Caridad a las "casas de salud". Las leyes y las fundamentaciones que lo hicieron posible. Montevideo, Uruguay, Doctorado en Ciencias Sociales.
- Alcázar, A (2014). Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico. Portularia.
- Alonso, L (1998). La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Editorial Fundamentos, Madrid.
- Aquin, N. et al. (2012). "El problema de la autonomía en el Trabajo Social" en Revista de Trabajo Social, Año 5, N°8, Tandil, FCH UNCPBA.
- Barrán, J (1995). La invención del cuerpo. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J (2014). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura "bárbara". El disciplinamiento. Ediciones de la Banda Oriental.
- Batthyány, K (2007). Género y cuidados familiares. El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo (pp.223-239). Editorial CBA Imprenta.
- Beck, U (2000). Un nuevo mundo feliz :la precariedad del trabajo en la era de la globalización. Barcelona, Paidós
- Bourdieu, P (1997). Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción. Traducido por Thomas Kauf Editorial Anagrama, Barcelona
- Blanco, V (2018). El dispositivo residencial en cuestión: Un estudio desde la psicología social comunitaria. Ediciones Universitarias. Recuperado en:

https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/blanco_el_dispositivo_residencial_en_cuestion_psico.pdf

- Cabero, L (2021). Interacciones de las personas mayores en residencia de larga estada. Dossier. Aportes de las ciencias sociales y los feminismos al envejecimiento y las intervenciones. Fronteras.
- Carballeda, A (2004). Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad. Primera Edición. Espacio editorial. Buenos Aires.
- Carballo, P (2008). Precarización del empleo :flexibilidad laboral en el trabajo social costarricense. Escenarios (La Plata) Vol. 8, no.13
- Cazzaniga, S. (2007). Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Cazzaniga, S (2015). Trabajo social: miradas teóricas, epistemológicas y políticas. En Revista Debate Público. Reflexiones en TS 5 (9), (pp. 71-84). TS UBA
Disponibile en internet en trabajosocial.sociales.uba.ar/.../2016/03/09_Cazzaniga_9.pdf
- Claramunt, A (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. Montevideo, Uruguay, revista Fronteras N°5.
- Decreto N°265/014. REGLAMENTACIÓN DEL ART. 298 DE LA LEY 19.149 RELATIVO A LA ATENCIÓN DE CALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE CUIDADOS A ADULTOS MAYORES.

Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/265-2014>

- Decreto N° 356/016. REGLAMENTACIÓN RELATIVA A LA REGULACIÓN, HABILITACIÓN Y FISCALIZACIÓN QUE OFREZCAN SERVICIOS DE CUIDADOS A PERSONAS MAYORES.

Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>
- De Sena, A (2015). Caminos cualitativos. Aportes para la investigación en ciencias sociales. Ediciones CICCUS.
- Díaz, Á (2012). La Medicina del Novecientos: Poder y Saber. Prensa Médica Latinoamericana.
- Ferrere, M (2009). Las condiciones laborales de los trabajadores sociales y su influencia en la intervención profesional. Tesis de grado, Universidad de la República. Recuperado de:
https://biur.edu.uy/F/SNDD7A95L2QLMV8MLYDJQLKC3QMKVVM DXQSMJN2885Q7L64EKM-11507?func=service-media-exec&doc_library=URE01&doc_number=000183442&media_index=00001&func_code=WEB-BRIEF
- Goffman, E (2001). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires.
- Harari, Y (2019). De animales a dioses: Breve historia de la humanidad. Buenos Aires: Debate.
- Iamamoto, M (2003). El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional. São Paulo. Editora Cortez.
- Ley N°17.066. RÉGIMEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS QUE ALOJAN ADULTOS MAYORES

Recuperado en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998>
- Lopez, E y Deslauriers, J (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Revista Margen N°61.

- Ludi, C (2015). Hacia la construcción de un sujeto viejo diferente, desde el derecho a ejercer derechos. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Malacalza, S (2003). Desde el imaginario social del siglo XXI. Repensar el Trabajo Social. Buenos Aires. Editorial, Espacio.
- Mallimaci, F y Giménez, V (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Historia de vida y métodos biográficos. España, Barcelona. Editorial, Gedisa.
- Manes, R. (2021). Aportes de la perspectiva de género al campo gerontológico. Dossier. Aportes de las ciencias sociales y los feminismos al envejecimiento y las intervenciones. Fronteras, 17 (2), 150-161.
- Martinelli, M (2008). Reflexiones sobre el Trabajo Social y el proyecto ético-político profesional. Escenarios (La Plata) Vol. 8, no.13
- Mendizábal, N (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. España, Barcelona. Editorial, Gedisa.
- Mides (2019). Establecimientos habilitados.
Recuperado en:
<http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/99097/1/elepem-habilitados-c.s.-febrero-2019.pdf>
- Mignolo, W. (2010). Desobediencia epistémica, pensamiento independiente y libertad de-colonial. Otros Logos, Revista de Estudios Críticos, 1, (1), 8-42.
- Míguez, M (2017). "Genealogía, poder y disciplinamiento en el trabajo social : un análisis desde Foucault". Fronteras [en línea] 2017, n.10, pp. 163-174

- Mitjavila, M (1998). El saber médico y la medicalización del espacio social.
Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de trabajo N°33.
- Ortega, E (2011). Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973).
Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). Recuperado de:
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4309/1/FCS_Ortega_2011-07-06_webO.pdf
- Paredes, M et al (2013). La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población. Ediciones Universitarias, Montevideo.
- Porzecanski, T (2014). Pensando al “otro”: el prejuicio y la función social del “disciplinamiento” (pp.86-99). En Gioscia, L (Ed), ¿Más allá de la tolerancia? Ciudadanía y diversidad en el Uruguay contemporáneo. Editorial Trilce.
- Pucci, F y Trajtenberg, N (2008). Las normas: ¿callejón sin salida para las teorías sociológicas?. REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES. Departamento de Sociología. N°24.
- Reglamentación técnica de los alojamientos privados para adultos mayores.
Recuperado en:
<http://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/320-1999>
- Rodríguez, J (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas.
- Rozas, M (2004). Tendencias teórico epistemológicas y metodológicas en la formación profesional. Seminario Alaets, Costa Rica.

- Sala, D (2021). Trabajo Social como profesión feminizada que interviene con personas mayores institucionalizadas. Intersecciones para su análisis. Revista Fronteras N°17 (pp.137-149).
- Simons, H (2011). El estudio de caso: Teoría y práctica. Ediciones Morata.
- Sistema de información sobre la vejez y envejecimiento (2015). Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. INMAYORES - DINEM
- Unidad de Asesoramiento y Evaluación (2004). Informe del Segundo Censo de Egresados del Plan 92 de la Facultad de Ciencias Sociales.
Recuperado en:
<https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/02/Informe-del-Segundo-Censo-de-Egresados.pdf>
- Quiñones, M y Acosta, J. (2014). Elementos del diseño cualitativo. Ediciones Universitarias.Montevideo, Uruguay.