



XIII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

15 - 17 de setiembre, 2014

¿QUÉ DESARROLLO PARA URUGUAY?

La institucionalización de la vejez en Uruguay

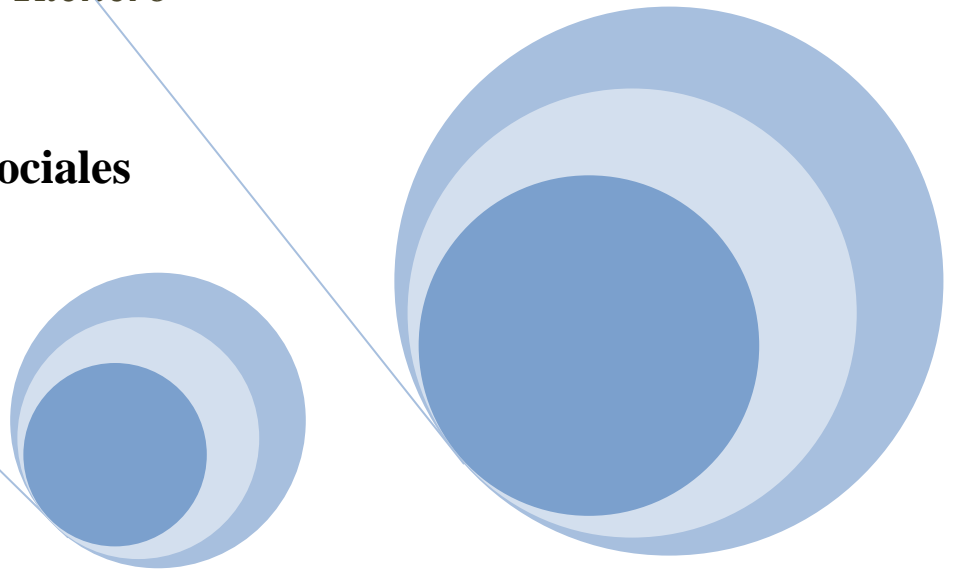
Mariana Aguirre Richero

La institucionalización de la Vejez en Uruguay”¹

- *Mag. Mariana Aguirre Richero*

**Facultad de Ciencias Sociales
UdelaR**

- mar65@adinet.com.uy



Resumen:

El objeto de la investigación es la **institucionalización de la vejez en Uruguay**. El interés en el tema se centra en la reconstrucción del proceso que legitimó a los “Hogares de ancianos” o “residencias” como dispositivos de cuidado dirigidos a la vejez. Se propone descubrir la eventual vinculación entre los cambios demográficos, las características de esta práctica social, el cuerpo normativo que la regula y el discurso de los expertos que las fundamentan.

1

En Uruguay la proporción de personas con 60 o más años es del 19% (624.400), convirtiéndolo en el país más envejecido del continente. El número de *residencias* ha aumentado en forma sostenida en los últimos 40 años, registrándose en el último censo nacional un total **843 residencias** en el país con un total de **13.817 camas**.

Estas instituciones están reglamentadas por la ley sobre “Hogares de ancianos” (17.066) aprobada en 1995 y el decreto Decreto 320/999 sobre “Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores”. La normativa vigente, en cuya redacción tuvo una importante participación la disciplina médica, exige que estos establecimientos sean dirigidos por un médico geriatra o en caso de ausencia de éste, por un médico general.

Cuando se vinculan estos elementos, se puede comprender que el estudio de las *residencias* es más que una indagación sobre un dispositivo de cuidado dirigido a la vejez. Se trata de las concepciones de vejez y de pérdida de auto validez construidas en el último medio siglo, que subyacen entre quienes participan en los procesos de internación.

- **Palabras claves: vejez, institucionalización y derechos**

¹ Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 15-17 de setiembre de 2014

1. Justificación

Los fundamentos de investigar este tema se agrupan en dos grandes ejes:

1. los cambios socio demográficos
2. los comienzos de las *residencias*, la geriatría y la normativa

1.1. Los cambios socio demográficos

Se identifican tres grandes componentes que importan destacar: el **envejecimiento general de la población**, el aumento de la **prevalencia de pérdida de auto validez** y la **variación en las estructuras familiares** en las últimas décadas que supone una tendencia a la disminución de cuidadores potenciales en el ámbito familiar.

Los **cambios en la pirámide poblacional** son un primer aspecto a mencionar. Los avances tecnológicos en el campo de la medicina han permitido aumentar la **esperanza de vida**² de la humanidad y extenderla hasta límites inéditos en la historia; en Uruguay pasó de 66 años en 1955 a 76,23 años en 2010, con una marcada diferencia según sexos: 72,71 años los hombres y 79,94 las mujeres (INE³). Se llega así a un índice de envejecimiento⁴ de 81,7, lo cual expresa que cada 100 personas menores de 15 años, 82 son mayores de 60. *“La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011”* (INE, 2011). Paralelamente, se encuentran los datos acerca de la fecundidad⁵. La Tasa Global de Fecundidad⁶ en el 2010 fue de 1,98 hijos nacidos por mujerⁱ (INE, Uruguay en Cifras, 2011), ubicándose por debajo del límite de reemplazo poblacional⁷, el cual se ubica en 2,08 hijos por mujer. (Pellegrino,

² **Esperanza de vida** es “... una estimación del número promedio de años de vida adicionales que una persona podría esperar vivir si las tasas de mortalidad por edad específica para un año determinado permanecieran durante el resto de su vida.” (Haupt y Kane, 2003:28)

³ Cuadro de esperanza de vida al nacer, por sexo, según departamento. 2010

⁴ Índice de envejecimiento: personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años (INE).

⁵ “La fecundidad se relaciona con el número de hijos que tiene una mujer durante su edad reproductiva (15 a 49 años), se mide a través de la Tasa de Fecundidad General que indica el número de hijos nacidos vivos cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Esta medida está afectada por la estructura por edad de las mujeres”. (Pellegrino, et al., 2008:4)

⁶ **Tasa Global de Fecundidad** “TGF es el número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte, desde el inicio hasta el fin del período fértil y que, a partir del momento en que se inicia la reproducción, están expuestas a las tasas de fecundidad por edad del momento de las poblaciones en estudio”. (Pellegrino, et al., 2008:5)

⁷ “El reemplazo de la población refiere a la capacidad de una población de sustituirse a través de la reposición numérica de las mujeres, futuras procreadoras”. (Pellegrino, et al., 2008:2)

et al., 2008:5) Contribuye a esta situación demográfica, un saldo migratorio negativo sostenido en décadas pasadas,

Otro aspecto a considerar es la prevalencia de la **pérdida de auto validez** en la población mayor de 65 años. Los datos arrojados por el censo del 2011⁸ sobre “*discapacidad*”ⁱⁱ son los siguientes: de un total de 460.030 personas de 65 años o más, 216.273 (47 %) tienen algún grado de “*discapacidad*” (incluida la leve) y 75.925 personas (16.5 %) presentan “*discapacidad*” moderada o severa, por lo cual requieren apoyo para actividades diarias (INE).

Un tercer elemento refiere a los **cambios ocurridos en los modelos familiares** en las últimas décadas. Las nuevas estructuras familiares presentan mayores dificultades para afrontar la potencial pérdida de capacidades en la vejez: el 23,27 %⁹ del total de los hogares uruguayos son **unipersonales** (INE, 2011), la tasa promedio anual de actividad femenina pasó del 27.4% en 1969 al 48.9% en 2001, alcanzando el 70 % entre los 25 y 59 años (Cabella, 2007) y la participación de los adultos mayores en **arreglos familiares extendidos** bajó del 36 % en 1975 al 22 % en el 2008 (Brunet y Nathan, 2010:5). Actualmente, más de la mitad de las personas mayores viven en hogares unipersonales o nucleares integrados por la pareja sin hijos y esta tendencia se ha ido acentuando en los últimos años (Monteiro y Paredes, 2012).

3

Los datos presentados sobre el caso uruguayo dan cuenta del **fin del bono demográfico**ⁱⁱⁱ, ya que la disminución de las relaciones de dependencia de la población más joven ha sido sustituida por el aumento de la dependencia de la población envejecida.

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

⁸ Cuadro 2. Población por alguna discapacidad permanente (para ver, oír, caminar o aprender o entender) según sexo y edad. Total del país.

⁹ Cuadro 5. Número de hogares particulares por tipología de hogar, según región, área y grupo quinquenal de edades de la persona de referencia del hogar

1.2. Las *residencias*, la geriatría y las normativas.

El surgimiento de las *residencias*, el desarrollo de la geriatría y la historia de las reglamentaciones aparecen estrechamente vinculados en forma y contenido. Constituyen otro aspecto que fundamenta la importancia de la investigación, en tanto evidencian la construcción existente sobre la vejez y la pérdida de capacidad que justificaría la institucionalización, desde los saberes médico, jurídico y la lógica del mercado.

El número de instituciones que operan como residencias para la vejez ha crecido considerablemente en las últimas décadas; en el interior del país pasaron de un total de **19 en el año 1973** (AAVV, 1982) a **447¹⁰ hogares en el 2011** (INE, 2011). Actualmente se contabilizan un total **843 residencias** en todo el país con un total de **13.817 camas¹¹**. Cabe mencionar que estos datos sólo hacen referencia a las residencias registradas y censadas (Censo 2011).

Con respecto a **las políticas públicas** en materia de cuidados de la vejez, hasta la primera mitad del siglo XX el Estado enfocó su respuesta desde un modelo de protección asilar, cuya condición de ingreso era la situación de pobreza y no la edad o la pérdida de auto validez.

4

Recién en el año 1965 se aprobó en Uruguay el **primer decreto** (355/965) sobre “establecimientos particulares de asistencia y prevención” que “no dependan de ninguna institución del Estado”. De acuerdo a este decreto, la Dirección Técnica debería estar a cargo de un médico cirujano (art. 9º). Se reglamentan aspectos sanitarios, técnicos, administrativos, de autoridades competentes, recursos humanos, materiales y de infraestructura (con un capítulo entero dirigido a la “ventilación e iluminación”). Sólo el capítulo VI de este decreto (1 carilla de 15) habla de “*casas de salud y los hogares de ancianos*”, donde se reitera el requisito del cumplimiento de las condiciones antes mencionadas y da plazos para su implementación.

En 1984 se aprueba un nuevo decreto (309/984), refiriéndose en este caso en exclusividad a “*Establecimientos que alojan ancianos*”, planteando que “visto: la necesidad de reglamentar la

¹⁰ Censo 2011. Cuadro N° 8. “Población residente en hogares colectivo por sexo, cantidad de hogares colectivos y tamaño de los hogares, según región y tipo de hogar colectivo”

¹¹ Idem

instalación y funcionamiento de establecimientos que alojan ancianos”, se dictan “exigencias mínimas que deben poseer” de acuerdo a las pautas gerontológicas vigentes. En este decreto se detallan nuevamente las características edilicias, del personal, alimentación, equipamiento y de la infraestructura. Aparece por primera vez la referencia a la libertad del residente; en el artículo 24 dice: “Las salidas serán libres si no existe contraindicación médica, debiendo el internado respetar el reglamento interno del establecimiento. El régimen de visitas será libre respetando los horarios de descanso de los internados y el reglamento interno antes mencionado”

La **ley aprobada en 1995** (17.066), primera y única en el país hasta el día de hoy sobre “hogares de ancianos”, no difiere esencialmente en contenido al decreto que la precede^{iv}. Con respecto a ambas normativas, cabe señalarse que reglamentan la presencia de “Director técnico con capacitación gerontológica” (decreto) y “referente médico geriatra-gerontólogo responsable de la salud” (ley).

Existen otros dos aspectos significativos a destacar con respecto al vínculo de la geriatría y las reglamentaciones de las *residencias*. El primero es el número de médicos geriatras que ejercen en Uruguay. El título comenzó a otorgarse en el país en 1977 y actualmente son un total de 81^v médicos con esta especialidad en todo el país. La distribución es heterogénea, concentrada en la capital, registrándose 17 médicos geriatras en todo el interior del país (FEMI, 2008). El segundo aspecto a mencionar es el lugar que pasa a ocupar el médico geriatra en estos dispositivos de cuidados; reglamentariamente no es posible instrumentar otras alternativas fuera del espacio familiar que no esté controlada por un médico. Al respecto es interesante observar que los roles¹² de quienes participaron como asesores parlamentarios en la redacción de la ley están fundamentalmente vinculados a la medicina, ya sea en forma académica o por su investidura en cargos públicos.

Por último, en 1999 se aprobó un decreto (320/999) que, en su **inciso D**, reglamenta expresamente acerca de los derechos de la población internada, poniendo énfasis en la libertad

¹² Director de la Oficina Municipal de Ancianidad del Departamento de Rocha, Doctor José Pedro Hergón; Cátedra de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina, Profesor Doctor Alvarez Martínez, Director Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública, Doctor Juan Carlos Salsamendi, ex Ministro de Salud Pública, Doctor García Costa, Sociedad de Geriatría y Gerontología, Ministro de Salud C.S. Pública, Doctor Alfredo Solari, Doctor Gastón Inda, Director del Programa de Ancianidad de la Unidad de Promoción Social del B.P.S. (Diario Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. Tomo 370 pág 212)

del vínculo con el mundo exterior, la privacidad y el trato recibido en la vida cotidiana. Resultan significativos los aspectos que se reglamentan en tanto buscan regular derechos de primera generación. En esta normativa se detallan obligaciones de la institución con respecto a: “publicación de los derechos del residente y del reglamento de funcionamiento interno”, “libre uso del teléfono para los residentes en las comunicaciones de éstos con el exterior”, tomar “en cuenta la voluntad del residente en lo concerniente a tratamientos”, “que los residentes se hallen libres de abuso o maltrato verbal, físico, mental o negligencias y medidas de reclusión involuntarias”, “privacidad en el cuidado e higiene personal, en los tratamientos médicos, en el uso del teléfono, las visitas, la correspondencia y reuniones con familiares, amigos o grupos de residentes”, “manejar sus propios asuntos financieros” y “libre acceso de visitas, sin limitaciones, salvo las determinadas por el reglamento interno del establecimiento”.

2. Antecedentes

Los documentos¹³ más antiguos encontrados sobre la temática datan de fines de la década del 70 y están fundamentalmente vinculados a congresos y eventos académicos de la gerontología. Este período coincide con la puesta en agenda del tema vejez por parte de los organismos internacionales y de algunos Estados. Naciones Unidas coloca el tema en su agenda en 1969, pero será recién en 1982 cuando se realice la Primera Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento, celebrada en Viena (26 de julio al 6 de agosto).

A partir de estos comienzos, la producción en las siguientes décadas fue aumentando en número, lugar de procedencia y alcance del tema cuya mirada deja de ser genérico sobre el envejecimiento poblacional y empieza a abarcar otras cuestiones vinculadas. Varios documentos encontrados en la década del 80, incorporan la temática de las instituciones con fines residenciales, centrandó mayormente su atención en elementos descriptivos, protocolares y de evaluación de ingresos, así como de las características de las familias de los residentes. En su casi totalidad son publicaciones en revistas de asociaciones geriátricas y gerontológicas de Argentina, España y México. También figura un documento de la Organización Panamericana de la Salud (1988): “Atención de salud en instituciones para personas ancianas”. En Uruguay, el tema es

¹³ La totalidad de los textos registrados figuran en el **anexo** de este trabajo.

tratado en el Primer Congreso de Gerontología y Geriátría (1982) bajo la modalidad de “temas libres” con la denominación de “hogares de ancianos”, presentado principalmente por asistentes sociales desde una perspectiva casuística.

En la década de los años 90 se registra mayor documentación que en la precedente, así como cambios en los contenidos de los títulos de los documentos y en su procedencia. Con respecto a los títulos se evidencia un cambio sobre el enfoque dado a la temática. En los textos encontrados surgen preguntas de investigación: ¿Cómo tratamos a nuestros ancianos? y se habla en términos de: “problemas identificados”, “efectos de la institucionalización”, “problemática de la vida institucional”, “muerte social”, “costos de la institucionalización para el sujeto”, “experiencia depresiva en residencias”, “maltrato institucional”, expresándose la necesidad de evaluación de este sistema de cuidado. Con relación a la procedencia, comienzan a aparecer trabajos de eventos académicos (fundamentalmente congresos), publicaciones gubernamentales y ediciones de libros. A nivel internacional se aprueba en 1991 los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad. En Uruguay, en esta década, la Sociedad Uruguaya de Geriátría y Gerontología no realiza congresos.

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

En Uruguay se realizan tres congresos organizados por la Asociación de Gerontología y Geriátría: II Congreso (2004) donde se trata el tema de las *residencias* en una mesa compuesta por médicos geriatras argentinos (tema: “Normalización en Residencias, experiencia argentina”), III Congreso (2006), se plantea el tema de “gestión de *residencias*” y en el IV Congreso (2009) no se

registra el tema en la agenda del evento. Se realiza un V Congreso (2011) y el VI Congreso para mayo del presente año que incluye en su temario “buenas prácticas en *residencias*”

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

En Uruguay prácticamente no se encuentran documentos con relación a este tema en todas estas décadas. Los trabajos académicos hallados parten de la UDELAR aunque no figuran en sus bibliotecas. Caben mencionar el “Proyecto de Primera Aproximación Diagnóstica al Hospital Piñeyro del Campo” de Facultad de Psicología (Berriel, et al., 1990), “De asilos y casas tomadas: refugios nocturnos para adultos mayores” (Leopold, 2000) y “Hospital ‘Dr. Luis Piñeiro del Campo’, el trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico” presentado en el marco de la Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de UDELAR (Savio, 2004). Se realizaron dos tesis de grado de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales (Licenciatura de Trabajo Social) que cursaron el taller de Vejez en el marco del curso de Metodología de Intervención Profesional II. Estas tesis son: “Institucionalización del adulto mayor: estudio de caso del hogar para ancianos de Colonia Valdense” (Viera, 2013) y “La vida cotidiana del viejo institucionalizado” (Lema, 2014). Desde la Facultad de Medicina - Postgrado de Geriatria y Gerontología, se registran tres trabajos: “Residencia modelo para la tercera edad” (Olivera, 1993), “Institucionalización en la tercera edad: observación de una residencia de ancianos durante tres años” (Barreiro, 1993) y “Evaluación de pacientes institucionalizados: aplicación de protocolo” (Bidegain; Camejo; Quintan, 1999).

3. Marco teórico

Son diversos los componentes conceptuales que buscan relacionarse por lo que la investigación se apoya en distintas perspectivas teóricas. A partir de Foucault se trabaja: la **genealogía**, el **saber** y el **poder**, la **sociedad panóptica**, los **dispositivos de control** y la **biopolítica**. Algunos de estos conceptos son retomados por trabajos de Barrán para el caso uruguayo: particularmente se consideran el proceso de **medicalización** y el **higienismo**. Desde la

micro sociología se toma de Goffman: **la institución total**. En relación con la demográfica se consideran las teorías de la **transición demográfica** y la **transición sanitaria**.

Los conceptos aportados por las distintas perspectivas teóricas colaboran con la delimitación del objeto, la formulación de las preguntas que guían la investigación y el diseño metodológico que llevará la confirmación o refutación de las hipótesis planteadas.

3.1.1. La genealogía

Desde la perspectiva de Foucault, la genealogía centra su interés en conocer el presente a partir de delimitar un problema y preguntarse *¿Cómo esta situación es posible? ¿Cómo funciona? ¿Cómo se fundamenta? ¿Qué es lo que la legitima?* (Foucault, 1984). Para indagar en este sentido se cuestiona acerca de su historia, cómo se llegó a la situación actual, cuáles fueron las transformaciones necesarias para que cierta práctica social se desarrolle. “En su concepción de la historia Foucault no intenta tanto hacer aparecer la verdad de nuestro pasado sino el pasado de nuestras verdades” (Gonçalvez:1).

9

Distintos elementos intervienen en esta búsqueda genealógica. Una mirada está puesta en la denominada **emergencia** (Entstehung) que analiza las fuerzas en juego, las viejas y las nuevas que entran en escena. Es una dinámica específica en cada caso, en que las diferentes fuerzas interactúan transformando un estado de situación a otro. Pero el poder de estas fuerzas no es abstracto, está asociado a interpretaciones, discursos, prácticas sociales, subjetividades, cuerpos y sujetos. Las pujas de dominación se alternan en forma dinámica y resultan en un poder que impone una determinada interpretación (ya sea la existente u otra sustitutiva). El enfoque de la emergencia se centra en el conocimiento de estas distintas interpretaciones, el análisis de cómo se enfrentan y se sustituyen, de cómo coexisten y se superponen, de cómo ganan o pierden terreno. Se investiga el poder que legitima estas prácticas sociales, pero también se interesa por entender qué sujetos produce, que tipo de cuerpos y cuáles son los procesos de subjetivación presentes. Se interroga sobre el saber que explica la práctica, de dónde surge, cómo se construye, qué discursos lo sustentan, cual es la subjetividad producida en un contexto histórico dado. De esta forma problematiza el presente, porque pone en cuestión los saberes, quitándole a los discursos su pretendida universalidad; se interpela la naturaleza de la subjetividad y se desnaturalizan las

prácticas sociales que sustentan. Se trata de “poder deconstituir dominios de objetos, a propósito de los cuales se podrían afirmar o negar proposiciones verdaderas o falsas” (Foucault, 1970: 67-68).

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

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

10

Este es el **objeto de la genealogía, la singularidad de los acontecimientos**, entendida no como “una decisión, un tratado, un reino, o una batalla, sino una relación de fuerzas que se invierte, un poder confiscado, un vocabulario retomado y vuelto contra sus utilizadores, una dominación que se debilita, se distiende, se envenena a sí misma, otra que hace su entrada, enmascarada.” (Foucault, 1971: 148)

3.1.2. El método de la genealogía

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

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

Es un método de investigación que se apoya en la **arqueología**, es decir, en la búsqueda de evidencia material, de testimonios que quedaron grabados en la cotidianidad de un proceso histórico. “La genealogía es gris; es meticulosa y pacientemente documentalista.” (Foucault, 1971: 136). Es gris porque se basa en documentos, pero no en los oficiales (no únicamente), sino en todos aquellos que contengan evidencia que den cuenta del acontecimiento. Se investigan **los discursos** a través de la superposición de distintas capas de información, distintos estratos, distintas fuentes (actas de congresos, debates parlamentarios, contenido de decretos, informes técnicos, etc.). Acá se retoma la importancia de la heterogeneidad, de la diversidad, de la singularidad y de la complejidad, de las cuales da cuenta el método aportando una lectura transversal. Se requiere atender tanto lo central, lo oficial, lo concentrado, como lo marginal, lo excluido, lo difuso. Puede tratarse de discursos aislados u obtenidos en respuesta uno del otro, con diferentes condicionamientos y contextos, pero que representan prácticas históricas vinculadas a cuerpos. De estos discursos importa conocer, más que su estructura, sus “condiciones de existencia”, el “campo práctico en el cual se despliega” y “las transformaciones que han realizado”. “Se trata de un análisis de los discursos en la dimensión de su exterioridad” (Foucault, 1991). Todos los ámbitos que formaron (y forman) parte del acontecimiento son recuperados a través de los discursos que dan cuenta del mismo y que también contribuyeron a formar.

11

“En resumen, la investigación genealógica se sostiene en la búsqueda arqueológica. La misma es puntual, concreta y específica. Su recorrido analítico toma como punto de partida el presente del entramado de las relaciones de saber-poder, que generan determinados discursos, determinadas prácticas y, a su vez, ciertos tipos de cuerpos (sujetos). El punto es averiguar qué es el presente, rescatando la potencia de actualidad de un problema. Ya sea en el análisis de una época, de un dispositivo, de un problema o de un acontecimiento, para la investigación genealógica es necesario precisar metodológicamente:

- a) qué enunciados han funcionado con efectos de verdad (SABER),
- b) qué es lo que los ha hecho posibles (PODER),
- c) cuáles son las formas de subjetivación producidas (PRÁCTICAS SOCIALES)”.
(Gonçalvez: 7)

3.2 La sociedad panóptica y los dispositivos de control. Saber y poder

Desde la perspectiva de Foucault, a partir de los siglos XVIII y XIX surge la “sociedad disciplinaria”. Es un cambio con respecto a la Edad Media caracterizado por el pasaje de una sociedad “penal” a otra denominada “ortopedia social”. La diferencia esencial entre ambas son los dispositivos de control utilizados, en la primera, el énfasis fue puesto en el castigo del delito cometido, en la siguiente prima el control social más allá de la existencia del delito, surgiendo así el concepto de “peligrosidad”. “La noción de peligrosidad significa que el individuo debe ser considerado por la sociedad al nivel de sus virtualidades y no de sus actos; no al nivel de las infracciones efectivas a una ley también efectiva sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan”. (Foucault, 2000: 42) Dentro de la peligrosidad puede incluirse todo aquello que quede fuera de la norma: lo desordenado, lo confuso, no individualizado, los límites poco claros, la inactividad.

La sociedad disciplinaria se construirá en base a un control exhaustivo de los individuos en su vida cotidiana. Es un control que se ubica lejos de los centros de toma de decisiones del Estado; se establece desde la base de la vida misma, a través de instituciones que controlan el tiempo y el cuerpo de los individuos, creando sujetos y subjetividades. Estas instituciones, a través de las que se efectiviza el control, son denominadas por Foucault “instituciones de secuestro”. Se incluye bajo esta denominación escuelas, fábricas, hospitales, asilos, orfanatos, etc. Tienen en común cumplir con una serie de funciones. Entre éstas se encuentran "la explotación de la totalidad del tiempo" del individuo y el control de los cuerpos. Una tercer función es la creación del un poder económico y político, en tanto incluyen a los sujetos al aparato productivo y al mismo tiempo los fijan y buscan su normalización. “Las personas que dirigen esas instituciones se arrogan el derecho de dar órdenes, establecer reglamentos, tomar medidas, expulsar a algunos individuos y aceptar a otros, etc. (...) este mismo poder, político y económico, es también judicial. En estas instituciones no sólo se dan órdenes, se toman decisiones y se garantizan funciones tales como la producción o el aprendizaje, también se tiene el derecho de castigar y recompensar, o de hacer comparecer ante instancias de enjuiciamiento. El micro-poder que funciona en el interior de estas instituciones es al mismo tiempo un poder judicial.” (Foucault, 2000: 60)

Se establece así al interior de las instituciones una “infra penalidad” que cubrirá los vacíos dejados por la norma escrita. Cada una de ellas, si bien están especializadas en sus propósitos

(curar, educar, producir), implementan una disciplina en su funcionamiento que desborda sus objetivos. Este “polimorfismo”, o “polivalencia”, está inscrita en la función de control que toda institución de secuestro detenta, abarcando la generalidad de la vida de las personas que participan en ellas. (Foucault, 2000: 60)

Desde el poder que se ejerce dentro de las instituciones se obtiene **saber**. A partir de los sujetos que están siendo controlados, se obtiene conocimiento sobre sus técnicas y/o destrezas. Se trata de un saber tecnológico. A este saber se suma otro, el obtenido a través de la observación del comportamiento de los sujetos, lo cual permite registrarlos, compararlos, ordenarlos y clasificarlos. Esta información acumulada a través de la observación permite generar un saber que podrá generar nuevas reglas y en consecuencia nuevas formas de poder. “Este nuevo saber no se organiza en torno a cuestiones tales como «¿se hizo esto?, ¿quién lo hizo?»; no se ordena en términos de presencia o ausencia, existencia o no-existencia, se organiza alrededor de la norma, establece qué es normal y qué no lo es, qué cosa es incorrecta y qué otra cosa es correcta, qué se debe o no hacer”. (Foucault, 2000: 43-44)

Por tanto, saber y poder están mutuamente determinados, teniendo las relaciones de poder su correlato en determinados campos del saber y generando desde el saber nuevas relaciones de poder.

13

A esta sociedad vigilada, que observa al individuo para controlarlo, que ejerce poder en base al conocimiento y que obtiene conocimiento del mismo sujeto al que controla, Foucault lo vincula con el concepto del **panóptico** de Bentham. “...intenté definir el panoptismo que, en mi opinión, es uno de los rasgos característicos de nuestra sociedad: una forma que se ejerce sobre los individuos a la manera de vigilancia individual y continua, como control de castigo y recompensa y como corrección, es decir, como método de formación y transformación de los individuos en función de ciertas normas. Estos tres aspectos del panoptismo — vigilancia, control y corrección— constituyen una dimensión fundamental y característica de las relaciones de poder que existen en nuestra sociedad.” (Foucault, 2000: 52)

Se establece una lectura binaria, normal-anormal (sano-enfermo, culto-ignorante), que cada una de las instituciones especializadas se auto asigna las competencias para corregir. Este es el objetivo de la vigilancia, llevar a la normalidad y para ello es necesario individualizar al

desviado. Al saber generado y el dominio sobre el cuerpo Foucault le denomina “tecnología política del cuerpo”. No forma parte de ninguna institución, es una “microfísica del poder” que se ejerce, pero no se posee, ni se localiza en ningún lugar en particular.

3.3 Biopolítica, medicalización e higienismo en Uruguay

La **biopolítica** tendrá su aparición a principios del siglo XVIII, cuando el Estado comienza a considerar la salud de la población como parte de sus responsabilidades. Esto tiene repercusiones a nivel de la política y la economía estatal. Hacia fines de la primera mitad del siglo XVIII comenzaron a realizarse las primeras estadísticas sobre población abarcando temas relacionados como nacimientos, muertes, morbilidad, reproducción e higiene. El propósito de esta información era la **intervención pública en la salud de población**. En este contexto, el Estado intervino en las instituciones de salud y el médico pasó a cumplir un rol en la Higiene Pública, así como en la transmisión de pautas de higiene a la población

“El médico se convierte en el gran consejero y en el gran experto si no en el arte de gobernar al menos en el de observar, corregir, mejorar el “cuerpo” social y mantenerlo en un estado permanente de salud. Y es su función de higienista, más que sus prestigios de terapeuta, quien le asegura esta posición políticamente privilegiada en el siglo XVIII que en el XIX se hará económica y social” (Foucault, 1985:102)

14

En el Uruguay, el **higienismo** fue el paradigma dominante del siglo XX. El proceso de medicalización de la sociedad uruguaya se registró entre 1900 y 1930. Se articularon tres dimensiones de la medicalización para consolidar esta nueva situación. En primer lugar creció en importancia el lugar del médico en la atención de la enfermedad del paciente (desplazando a figuras como curanderos y familia). La segunda dimensión estuvo en la importancia que la sociedad le dio a estar saludable. El tercer elemento fue la apropiación por parte del colectivo social de valores transmitidos por los médicos y la consecuente modificación de conductas. Estas transformaciones no fueron homogéneas, teniendo mayores resistencias entre las clases bajas y la población del interior del país.

A partir del 1900, en este contexto de **medicalización de la sociedad**, se consolida la llamada “clase médica”, la cual tendrá un fuerte componente corporativo. “La ‘clase médica’

primero logró el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar pudo controlar ámbitos claves de la beneficencia pública” (Barrán, 1993; 88)

La estrecha relación establecida entre el saber médico y el Estado moderno fundó los cimientos de un proyecto de dominación y disciplinamiento de clase. “En el Novecientos, estas fueron las claves del entendimiento entre el poder estatal y el médico. Había entre ambos solidaridades que provenían de una comunidad de objetivos, el más importante de los cuales era “civilizar” a las masas” (Barrán, 1993: 174). Estos componentes se verán reflejados en distintas legislaciones a partir de entonces.

3.4 Instituciones totales

Goffman aporta a la conceptualización de las denominadas “instituciones totales” y al análisis de las implicancias que tienen para el “interno”, considerando diversos factores que configuran la vida dentro de estas instituciones. Entiende por instituciones totales el “(...) lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (Goffman, 1994: 13)

15

Un primer aspecto a destacar es que existe una ruptura con el mundo exterior, un aislamiento que se asegura a través de barreras, obstáculos en general físicos, que evitan la salida de la persona de la institución y el vínculo con el entorno. Se establece entonces la permanencia de un cierto número de personas compartiendo todas las actividades de la vida cotidiana, sujetos a ciertas reglas que son impuestas y bajo una misma autoridad.

Se diferencian en esta coexistencia dos grupos que están “escindidos”: los “internos” y el “personal supervisor”. Entre ambos grupos existe una relación jerárquica de los segundos sobre los primeros, estableciéndose una comunicación pautada y restringida. En esta relación se obtiene amplia información del internado por parte de la institución, pero el interno tiene una información restringida sobre su propio destino.

Diversos mecanismos van a actuar desde el momento mismo en que se entra a la institución para establecer lo que el autor denomina “mutilación del yo” o “disminución del yo”. El primer elemento está dado por el ingreso, “la barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el mundo exterior marcan la primera mutilación del yo” (1994: 27). Desde el primer momento se establecen procedimientos de “preparación” de “programación” que tienen el doble propósito de ingresarlo a la dinámica institución y de obtener información sobre el sujeto, esperándose sumisión y obediencia tanto frente a la indagatoria y como a la imposición de la normativa.

La vida diaria está programada, con una rutina impuesta y normas explícitas que regulan todos los aspectos de la conducta de la persona. Se pierde la programación de los propios actos y la autonomía “... las instituciones totales desbaratan o violan precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor, en presencia de los testigos ocasionales, que tiene cierto dominio sobre su mundo – que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía, y la libertad de acción propias de un adulto” (Goffman, 1994: 53)

A medida que el tiempo transcurre, comienzan a operarse cambios que la persona a través de la “mortificación del yo” que la institución establece desde diferentes modalidades. Se encuentran entre algunos de los aspectos trabajados por Goffman: **la pérdida de pertenencias** que identifican a la persona, la **pérdida de intimidad** dentro de un espacio público representado por la institución, la pérdida de derechos que conduce a la “**muerte civil**”, la **ruptura con roles del pasado** y con las “disposiciones sociales” que lo rodeaban y **el consumo de medicación y/o alimentos** en forma forzada, entre otros.

Cabe agregar otros dos elementos que componen las situaciones antes mencionadas. El primero es que en general existe una justificación lógica por parte de la institución que explica las agresiones al yo y el segundo, es la imposibilidad del “interno” de poner en juego mecanismos defensivos para alejarse de la situación mortificante.

3.5 El enfoque socio demográfico

3.5.1. Teorías de las Transiciones

Se denomina **transición demográfica** al proceso por el cual las poblaciones pasan de tasas altas de mortalidad y natalidad a tasas bajas, dándose en ambas situaciones un estado de equilibrio del que resulta un bajo (o nulo) crecimiento de la población. El motor desencadenante de esta transición se atribuye al descenso de la mortalidad, seguido luego por un descenso de la natalidad. El desfase entre estos dos descensos da lugar a la “*explosión demográfica*”.

Vinculada a la transición demográfica y al debate de las causas del descenso de la mortalidad, se encuentra la **Teoría de la Transición Sanitaria**. Se entiende la transición sanitaria como “un proceso dinámico, donde los patrones de salud y enfermedad aparecen como respuesta a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos que tienen lugar” (Frenk et al. 1991b: 487 citado en Robles, Vernabau, Benavidez, 1996: 132).

Uno de los principales aportes de esta teoría es el estudio del estado de salud de la población a partir de determinantes sociales, culturales y del comportamiento a escala comunitaria, familiar y/o individual. Relaciona elementos de las teorías clásicas de mejoramiento de la salud pública y de los recursos socio-económicos como causa del descenso de la mortalidad. Sus fundamentaciones vinculan los aportes realizados desde tres perspectivas: la **transición epidemiológica**, la **transición de la atención sanitaria** y la **transición de riesgos**.

La **transición epidemiológica** representa “el paso desde una fase o etapa donde los niveles de mortalidad eran elevados, con las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte, a otra donde la mortalidad se reduce notablemente, siendo las enfermedades degenerativas la primera causa de defunción.” (Robles, Vernabau, Benavidez, 1996: 118). La **transición de la atención sanitaria** estudia: “la transformación de la organización de la respuesta colectiva y/o individual a los episodios de enfermedad y los problemas de salud. En otras palabras, la transformación en la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios” (Robles, Vernabau, Benavidez, 1996: 192) Por último, la **transición de riesgos**, es el análisis de la influencia de la exposición a riesgos de salud ambiental y/o laboral, y la sustitución de los “riesgos tradicionales” en “riesgos modernos”.

Abdel R. **Omran** es uno de los autores que incorpora en su análisis de la dinámica poblacional la teoría de la transición sanitaria. Busca crear una teoría general de la población que logre ir más allá de la descripción de los patrones de morbi-mortalidad. Propone (1971), **tres etapas en la transición epidemiológica** donde las variables del binomio – mortalidad, adquieren distinto peso relativo. En la primera etapa denominada de *“pestilencias y hambrunas”*, el peso relativo de la mortalidad es superior al de fecundidad. En la segunda etapa, identificada por el *“descenso y desaparición de las pandemias”*, desciende la mortalidad, tomando una incidencia similar a la fecundidad en la evolución de la población. La tercer etapa, caracterizada por las *“enfermedades degenerativas y producidas por el hombre”*, registra el aumento de la esperanza de vida al nacer (mayor de 50 años) y la fecundidad toma un peso relativo fundamental en las tendencias poblacionales.

Otros autores que escriben sobre este tópico (**Olshansky y Ault, 1986**) incorporan una cuarta etapa denominada *“etapa de las enfermedades degenerativas tardías”*. En ésta, aumenta en proporción la incidencia de la muerte en edades más avanzadas, disminuyendo en edades tempranas (entre 1 y 4 años) y en mujeres en la etapa reproductiva.

Omran propone tres modelos para explicar las **variaciones en el ritmo e intensidad de las transiciones epidemiológicas** registradas en distintos momentos y lugares.

El **“modelo clásico u occidental”** representa el pasaje de tasas brutas de mortalidad de 30 por mil a 10 por mil y de 40 a 20 por mil en la fecundidad. Los principales responsables de esta transición serían los factores **socio-económicos debido a la mejor nutrición** de la población en general. No considera que hayan tenido mayor incidencia los factores científico-médicos ni los sanitarios; los primeros no jugaron un papel relevante hasta entrado en siglo XX y la *“revolución sanitaria”* se produjo en el siglo XIX. El **“modelo acelerado”** es el segundo de esta clasificación y está caracterizado por una rápida reducción de la mortalidad debido, por un lado, a los avances médicos y sanitarios y, por otro, a mejoras sociales generalizadas. El tercero está representado por el **“modelo contemporáneo o tardío”**, observado en países en vías de desarrollo. En éste, se registran desiguales descensos de la mortalidad debido a los distintos avances científico-técnicos y a diferentes medidas de Salud Pública implementadas. (Robles, Vernabau, Benavidez, 1996: 121).

De esta forma se identifican **tres grandes grupos de factores que pueden explicar una transición demográfica**. En primer lugar se encuentran los factores **eco-biológicos**, donde se establece un equilibrio entre las posibilidades de contagio e infección que ofrece el medio ambiente y la capacidad de resistencia del huésped. En segundo lugar se ubican factores **socio-económicos, políticos y culturales** que incluyen niveles de vida, hábitos de salud, higiene y nutrición. Tercero, se identifican factores **científico-médicos**, referidos a causas relacionadas con la **salud pública, el saneamiento, la inmunización, el desarrollo de ciertas terapias**, etc.

Se le critica a Omran dejar de lado el papel que la fecundidad y las migraciones pueden desempeñar en la evolución de la morbilidad y mortalidad. Por otra parte se plantea que su teoría se ocupa de la morbilidad sólo como causa de muerte. Esta dificultad refiere a la indefinición sobre “*el estado de salud*” por lo que la mortalidad resulta un indicador insatisfactorio del mismo. Una vez que la población ha logrado cierto control sobre las enfermedades infecciosas, las estadísticas sobre morbilidad no son equiparables a la causa de muerte, ya que una no conduce necesariamente a la otra. (Riley, J.C. y Ater, G., 1990)

3.5.2. La transición demográfica en Uruguay

19

La transición demográfica tuvo lugar principalmente en Europa en el siglo XVIII registrándose una tasa bruta de mortalidad¹⁴ del orden del 40 por mil, similar a la tasa de natalidad ¹⁵ (Mesle y Vallin, 1995:7)

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

¹⁴ Se denomina **Tasa bruta de mortalidad** al número de defunciones por 1.000 habitantes en un año determinado (Haupt y Kane, 2003: 17)

¹⁵ **Tasa de natalidad** (llamada también tasa bruta de natalidad) es el número de nacidos vivos por 1.000 habitantes en un año específico. (Haupt y Kane, 2003: 28)

En Uruguay se inició así el proceso de transición demográfica en forma temprana con relación a los demás países de la región. La **tasa de mortalidad** empezó su descenso hacia finales del siglo XIX pasando de 20 por mil en 1880 al 14 por mil en las dos últimas décadas del siglo XIX, para estancarse en la década del 40 en un 10 por mil. “La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias declina rápidamente, entre 1884 y 1908, por reducción de enfermedades epidémicas, mediante control y aplicación de medidas sanitarias.” (Damonte, 1993: 223) El conjunto de estas medidas reduce, entre 1882 y 1908, en un 60% las muertes por enfermedades epidémicas sobre el total de enfermedades infecciosas (Damonte, 1993: 237).

Otra importante modificación se da en la **Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)**¹⁶. En el período comprendido entre 1893-1920, las enfermedades infecciosas y parasitarias eran la causa del 80 % de las muertes de los menores de un año; entre 1880 a 1883, los niños menores de 10 años representaban el 51 % del total de muertos (Anuarios Estadísticos de la ROU, correspondientes al año 1885, p. 228; 1890, p. 95 y 1895, p. 161 en Barrán, 1990: 27) Entre 1975 y 1988 este porcentaje se redujo a un 4.6 %. Dentro de este tipo de enfermedades, la diarrea y la enteritis se encontraban entre la primer causa de muerte, seguidas en segundo lugar por la neumonía y la bronquitis. Si bien a lo largo del siglo XX disminuyó la mortalidad en las distintas franjas etarias en general, el impacto mayor se registra “... entre los niños de ambos sexos de 1 a 4 años (94%) y las mujeres de 15 a 34 años (entre el 91 y 93%) (Migliónico 2001 en Pellegrino, et al., 2008:8)

20

Estos datos deben de ser leídos en el contexto de transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas que transitaba el país. Se destacan la consolidación en el Uruguay batllista y de políticas públicas orientadas a fortalecer la salud pública que establecieron medidas para la protección de la salud como ser: la asistencia pública domiciliaria, el sistema de cuarentena para los inmigrantes de ultramar, la instalación de hospitales, la atención de la calidad del servicio de agua corriente mediante filtros de arena, la creación de la Liga Uruguaya contra la tuberculosis, la implementación del servicio de “gota de leche” para estimular la lactancia materna y la aprobación de la Ley de Educación Común, la cual implementa la obligatoriedad de la educación primaria y se

¹⁶ **Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)**. La misma expresa “el riesgo de morir durante el primer año de vida y se utiliza mundialmente como un indicador del estado sanitario y el nivel de vida de la población” (UNICEF, 1999:109)

estimula al acceso a mayores niveles educativos. Al mismo tiempo, a nivel económico, el país se transforma en “... productor de alimentos y la disponibilidad de carne como componente importante de la alimentación cotidiana permitió una alimentación básica con alto ingrediente proteico accesible para la mayoría de la población” (Pellegrino, 2003: 15)

Más allá de estas transformaciones internas, el mayor crecimiento poblacional se dio en la segunda mitad del siglo XIX, debido fundamentalmente a la llegada de **inmigrantes** europeos. El país recibió el 5% de un total de 52 millones que componen el movimiento de emigración intercontinental, lo cual aumentó los índices de natalidad, fundamentalmente por el crecimiento de la población en edad de reproducción (de 1860 a 1908 la población del país pasa de 223.230 a 1.042.686). Por su parte, si bien los inmigrantes europeos provenían de regiones con altas tasas de fecundidad, su misma condición propiciaba procesos de cambio que les facilitaban la adopción de nuevas pautas, “... las mujeres inmigrantes, nacidas en países europeos, tenían un número menor de hijos que las nacidas en el país, al igual que las mujeres más educadas”. (Pellegrino, A. y Pollero, R. 1998 en Pellegrino, et al., 2008). La **tasa de natalidad** descendió de un 50 por mil (año 1880) a un 22 por mil hasta 1935, llegando entre 1970 y 1974 a un 19.9 por mil (Anuarios Estadísticos de la ROU, en año 1998. Prólogo páginas XXVIII y XXX en Barrán, 1990: 22)

La **esperanza de vida** al nacer aumentó en más de 30 años a lo largo del siglo XX, lo cual significa que creció el porcentaje de población que vive más años. La evolución para nuestro país muestra que la esperanza de vida pasó de los 42 años entre 1880 y 1885 a 76 años en el 2010.¹⁷

Dentro de los **factores que incidieron en el comienzo precoz de la transición demográfica en Uruguay** se destaca la actividad económica basada fundamentalmente en la ganadería extensiva (dirigida a la exportación). La afirmación se apoya en diversos fundamentos: primero, esta forma de producción ganadera no requiere una elevada mano de obra y segundo, es en la población rural campesina (generadora de los productos de subsistencia) donde se constatan los más altos niveles de reproducción. Al mismo tiempo, se estimula el crecimiento de la ciudad capital por ser puerto exportador. La concentración de población en una ciudad que se encuentra inserta en el sistema económico internacional, contribuye a la incorporación de valores de las sociedades industrializadas (ej: sistema educativo laico, gratuito y obligatorio para ambos

¹⁷ Datos de la evolución de la esperanza de vida en Uruguay: 47.9 años hacia 1900, en 54,4 en 1930, en 66,9 años en 1950, en 70,3 años en 1980.

sexos), propiciando la adopción de pautas reproductivas “modernas”. Tilly habla de la “*revolución silenciosa*” con relación a los cambios reproductivos de la sociedad en cuanto a la adopción de nuevos modelos.

Hacia finales del siglo XX se registran en Uruguay cambios en el comportamiento reproductivo y familiar que podrían estar vinculados a la denominada Segunda Transición Demográfica, aunque este concepto no genera el consenso en la comunidad de demógrafos (Paredes, 2003). “El término *segunda transición demográfica* fue originalmente concebido por los demógrafos europeos Van de Kaa y Lesthaeghe (1986) para dar cuenta del conjunto de cambios que experimentó la familia occidental desde mediados de la década de 1960 en el marco del predominio de valores postmaterialistas y de transformaciones en los procesos de individualización y en las relaciones de género. Estos cambios se resumen en el aumento del divorcio, el descenso de la nupcialidad, el aumento de las uniones consensuales y los nacimientos fuera del matrimonio legal y el registro de una nueva reducción de la fecundidad, cuyo valor tendió a situarse por debajo del nivel de reemplazo” (Pellegrino, et al., 2008:2). Si bien para el caso uruguayo se discute la configuración de estos comportamientos, se han analizado las nuevas transformaciones que en materia social y demográfica ha adoptado el país en las últimas décadas.

4. Objeto

- **La institucionalización de la vejez en Uruguay¹⁸**

5. Objetivos General y Específicos

- **Objetivo general**
- Investigar la genealogía de la institucionalización de la vejez en Uruguay.

¹⁸ Para este estudio en particular no se consideran aquellas situaciones de personas institucionalizadas por la pérdida de auto validez debido a procesos de demencia

- **Objetivos específicos**

- I. Describir la relación existente entre algunas variables demográficas en el último medio siglo en Uruguay, el desarrollo de la geriatría como disciplina médica, el proceso de la institucionalización de la vejez y la normativa que la regula.
- II. Estudiar el marco normativo aprobado en los últimos 50 años sobre la institucionalización de la vejez en Uruguay
- III. Analizar las representaciones sobre la vejez y la pérdida de auto validez, presentes en el discurso del saber que fundamenta su institucionalización
- IV. Conocer la valoración existente, sobre la práctica social de internación de la vejez, en la población que vive en la comunidad y tenga o podría tener alguna vinculación con la temática.

6. Preguntas

23

- **Pregunta central**

- ¿Qué factores se conjugaron en el último medio siglo para que la institucionalización se constituya en una forma de cuidado a la vejez en Uruguay?
- I. ¿Cuál es la vinculación en el último medio siglo entre los cambios socio demográficos, el número de médicos geriatras, la cantidad de personas institucionalizadas en residencias y la promulgación de decretos y leyes referidos a la temática?
 - II. ¿Cómo ha sido el proceso de regulación del Estado uruguayo sobre la institucionalización de la vejez?
 - III. ¿Cuáles son los argumentos de los expertos que legitiman la institucionalización de la vejez?

IV. ¿Cuál es la percepción que tiene la población envejecida y sus familiares sobre la institucionalización como dispositivo de cuidado para este grupo etario

7. Hipótesis

- **Hipótesis central**

- En el último medio siglo se registraron (en Uruguay) cambios demográficos que impactaron en los sistemas de cuidados familiares, generando la institucionalización de la vejez como una respuesta del mercado, justificada desde la nueva construcción del envejecimiento dada por la geriatría y legitimada por el marco jurídico que responde a esta nueva construcción.

H I El ingreso de la mujer en el mercado laboral, la disminución de las tasas de natalidad, el saldo migratorio negativo, los cambios en el tipo de arreglos familiares y el aumento de la esperanza de vida, generaron dificultades para el cuidado de la vejez por parte de las familias y la comunidad, dando como resultado el surgimiento de las “residencias” dependientes del mercado, en las que incidieron el desarrollo de la geriatría y la regulación estatal.

H II En la regulación estatal de la institucionalización de la vejez en Uruguay, primó el saber disciplinar en el campo de la medicina cuyo objeto de conocimiento es la vejez, prevaleciendo en la normativa el paradigma higienista y otorgándole a la geriatría un rol protagónico en su diseño e implementación, relegando la perspectiva del sujeto a la que se dirige la prestación.

H III La pérdida de ciertos grados de auto validez de la vejez, en tanto fenómeno que toma características desconocidas hasta las últimas décadas, es concebida como anormal y por tanto potencialmente objetivable, aislable, clasificable y controlable por especialistas desde

un lugar de saber-poder, afectando derechos de primera generación¹⁹ de los sujetos internados.

H IV Quienes viven en la comunidad perciben las residencias como lugares, con las características de las “instituciones totales”, donde se permanece por tiempo indeterminado.

¹⁹ “En el derecho constitucional, las manifestaciones originales de las garantías a los derechos humanos se centró en lo que hoy se califica como derechos civiles y políticos, que por esa razón son conocidos como “la primera generación” de los derechos humanos. Su objeto es la tutela de la libertad, la seguridad y la integridad física y moral de la persona, así como de su derecho a participar en la vida pública” (Nikken, 1994: 29)

8. Bibliografía

- Arthur Haupt y Thomas T. Kane (2003) *Guía rápida de Población*. 4º Edición. Washington, DC: Population Reference Bureau
- AAVV (1985) Memorias del 4º Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriatria y 1º Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriatria. Año 1982. Montevideo: Mercur S.A.
- AAVV (2008) Demografía de una sociedad en transición. La sociedad uruguaya a principios del Siglo XXI. Montevideo: UNFPA
- Barrán, José Pedro (1990) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura bárbara*. Montevideo: Banda Oriental
- _____ (1994) *El poder de curar*. Montevideo: EBO.
- _____ (2002) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.
- Becker, Howard (1971) *Los extraños: sociología de la desviación*. Bs. As.: Tiempo Contemporáneo.
- Brignoli, H. P. (2010). América Latina en la transición demográfica, 1800-1980. *Población y Salud en Mesoamérica*, Vol.7 (2). Enero-junio 2010 Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201
- Cabella, Wanda (2007) El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes. Montevideo: Trilce. UNFPA
- Cabella, W. y Pellegrino, A. (2010) El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades. Trabajo presentado en las IX jornadas de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13 - 15 de setiembre de 2010

- Caldwell, John (1976) «Toward a restatement of demographic transition theory». *Population and Development Review*, 2 (3/4): pp. 321–366.
- CEPAL (2012) “Trabajo, empleo y protección social en América Latina: Significados de una relación con desigualdades superpuestas” Capítulo 1 en *Eslabones de la desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social*. Santiago de Chile: Naciones Unidas
- Cunill Grau, Nuria (2009) “Contraloría social y derechos sociales. El desafío de la integralidad”, en *Gestión y Política Pública*, Vol. XVIII, Nº 1, setiembre, México D.F
- Damonte, Ana María (1993) “La transición demográfica en América Latina” en *Conferencia Latinoamericana de Población*. Vol. II. INEGI-IISUNAM.
- _____ (1994), *La transición de la mortalidad en Uruguay*, Documento de Trabajo Nº 16, FCS.
- Goffman, Erving (1997) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Bs. As.: Amorrortu
- _____ (1994) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu.
- _____ (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Bs. As. – Madrid: Amorrortu.
- Filgueira, Carlos H. (1993). “La transición demográfica en América Latina” en *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. Volumen II. INEGI-IISUNAM.
- Filgueira, C., & Peri, A. (1993). “Transformaciones recientes de la familia uruguaya: cambios coyunturales y estructurales”, en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Fleury, Sonia (2000) Políticas sociales y ciudadanía, Notas de Clase, INDES, Washington DC. Foucault, M. (1970): *El orden del discurso*, Barcelona: Tusquets, 2008.
- Foucault, M. (1971): “Nietzsche, la genealogie, l’histoire”, en *Dits et écrits* (vol. 2, 1970-1975), París : Gallimard, 2001, texto nº 84, p. 136-156.
- _____ (1979) *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- _____ (1983) *El discurso del poder*. Bs. As.: Folios Ediciones.
- _____ (1985) *Genealogía del Poder*. Madrid: La piqueta

- _____ (1987) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- _____ (1991) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta.
- _____ (1992) *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre- textos.
- _____ (1999) *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- _____ (2000) *Los anormales*. Bs. As: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2000) *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- _____ (2003) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Bs. As.: Siglo XXI.
- _____ (2003) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Bs. As.: Siglo XXI.
- _____ (2007) Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978). 2º Ed. Bs. As.: Fondo de Cultura Económico de Argentina. S.A.
- _____ (2009) *El nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal. S.A.
- Frenk, J. et al. (1991) “La transición epidemiológica en América Latina”, en *Bulletin of the Pan American Health Organization*, III, 485-496
- Haas, Peter (1992) Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination *International Organization* Vol. 46, No. 1, Knowledge, Power, and International Policy Coordination pp. 1-35 Published by: The MIT Press
- King, Keohane y Verba, (2000) *El diseño de la investigación social: La inferencia científica en los estudios cualitativos*, Ed. Alianza Universidad, Madrid.
- Lesthaeghe, Ron (1995) “The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation” en Mason, Karen Oppenheim y Jensen, An-Magrit (eds). *Gender and family change in industrialized countries*. IUSSP. Clarendon Press Oxford.
- Lozano, I. A., & González, P. A. (2006). Clasificación De Las Personas Dependientes A Partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud De 1999 en *Rev Esp Salud Pública*, 80 (4), 349-360.
- Mesle France y Vallin, J. (1995) “La mortalidad en el mundo, tendencias y perspectivas” en *Documento N° 1*, París: CEPED.

- Mackenbach, J.P, (1994). “The epidemiologic transition theory”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 329 – 332.
- Mac Keown, Th. (1976) *The Modern Rise of Population*. Londres, Edward Arnold
- Nikken, Pedro (1994) “El concepto de derechos humanos” en *Estudios Básicos de Derechos Humanos*, 15-37, San José: IIDH
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 509-538.
- Omran, Abdel R. (1998) “The epidemiologic transition theory revisited thirty years later”. *World Health Statistics Quarterly*; 51(2,3,4):99-119.
- Olshansky J, Ault B. (1986) The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of the Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 64 (3):355 – 391
- Paredes, Mariana (2003) “Los cambios en la familia en Uruguay: ¿hacia una segunda transición demográfica?” En *Nuevas Formas de Familia: perspectivas nacionales e internacionales* Universidad de la República - UNICEF.
- Pellegrino, A. Cabella, W., Paredes, M., Pollero, R., Varela, C. (.2008). “De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX”, en Nahum, B. *Uruguay en el siglo XX: la sociedad*, Montevideo: Ediciones de Banda Oriental.
- Possas, Cristina de A (1993) “La transición demográfica en América Latina” en IV Conferencia Latinoamericana de Población. Vol. II. INEGI-IISUNAM
- Riley, J.C. y Ater, G. (1990) *The epidemiologic transition and mobility*. Working Paper N°10. Population Institute for Research and Training / Indiana University
- Robles González, E. Vernabau Mestre, J. y Benavidez, F. G. (1996) “La transición sanitaria: una revisión conceptual” en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVI, I, (117-144)
- Robles, J., Perdiguero, E. Bernabeu, J. (2000) “De que hablamos cuando hablamos de factores culturales en la demografía y la epidemiología histórica” en *Estudios entre la antropología y la medicina* (Perdiguero, E y Comelles J. Eds.) Barcelona: Balleterra
- Rujas Martínez-Novillo, Javier. Genealogía y Discurso. De Nietzsche A Foucault. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Nómadas. | 26 (2010.2) © EMUI Euro-

Mediterranean University Institute | Universidad Complutense de Madrid | ISSN 1578-6730 Publicación asociada a la Revista Nomads. Mediterranean Perspectives | ISSN 1889-7231.

- Van de Kaa, Dirk (1986). “Europe’s Second Demographic Transition”, Population Bulletin. Vol. 42, N°1
- _____ (2004). Is the Second Demographic Transition a useful research concept: Questions and answers. (4-10) Vienna Yearbook of Population Research Volume 2004

- **Fuentes documentales**

- Cabella, W y Pelegrino, A (2010) “El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades”. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, (on line) Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010) Disponible en www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf (acceso 26 de mayo de 2014)
- Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. Tomo 370. Sesiones del 3 de octubre al 23 de noviembre de 1995. Montevideo, 1995. Cámara de Senadores, Secretaría, División publicaciones.
- Gonçalves, Luis. La Metodología Genealógica y Arqueológica de Michel Foucault En La Investigación en Psicología Social (on line). Disponible en: www.clinicabioenergetica.org/docs/transitosdeunapsicologiasocial.pdf (acceso 15 de mayo de 2014)
- Foucault, M. (1984), “El cuidado de la verdad”, Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales volumen III, Paidós, Barcelona, 1999, trad. Ángel Gabilondo, pp. 369-380. [« Le souci de la vérité », entrevista con F. Ewald, Magazine littéraire, n° 207, mayo de 1984, pp. 18-23.]Entrevista con F. Ewald, Le Souci de la Verité, Magazine Literaire, 207, mayo 1984, 21 en Gonçalves, Luis. La Metodología Genealógica y Arqueológica De Michel Foucault en La Investigación en Psicología Social (on line). Disponible en:

www.clinicabioenergetica.org/docs/transitosdeunapsicologiasocial.pdf (acceso 15 de mayo de 2014)

- Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011 en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales> (acceso: 30 de junio de 2013)
- M.S.P. (2005/2010) Programa Nacional Del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población (on line) en www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570 (acceso: 30 de mayo de 2014)
- Nietzsche, F. La Genealogía de la moral. Un escrito polémico. Biblioteca Virtual Universal en www.biblioteca.org.ar. (acceso 20 de mayo de 2014)
- Monteiro, Lucía y Paredes; Mariana (2012) “Caracterización de los arreglos de convivencia en la vejez y su desafío para la política de cuidados” presentado en el V Congreso Asociación Latinoamericana de Población. Montevideo. www.alapop.org
- Pellegrino, Adela (2003) Caracterización Demográfica del Uruguay. Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. (on line). Disponible en http://www3.anep.edu.uy/historia/clases/clase20/cuadros/15_Pellegrino-Demo.pdf (acceso 22 de mayo de 2014)
- UNICEF (1999) “Infancia, adolescencia y mujer” en *Sistema Nacional de Estadística*. INE, R.O.U.

9. ANEXO

- **Bibliografía registrada con respecto a la temática de la institucionalización de la vejez como alternativas de cuidado.**
- Abramovich, J. (2002) “El rol del psicólogo en el geriátrico” en Salvarezza L. *Psicología de la Tercera Edad y Vejez*. Módulo Unidad 9: 22. Bs. As.: Centro de Estudiantes de Psicología de la Universidad de Bs. As.

- Aguas, S. (1999) “Una protección social invisible”, en *Hechos y derechos*, publicación N° 6, Subsecretaría de Derechos Humanos y Sociales, Buenos Aires.
- Aranda C, Pando M, Flores M, García, T. (2001) “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara”, Jalisco en *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina*, Barna; 28 (2):70.
- Banda Arévalo, J. P. y Salinas Martínez. R. (1992) “Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo” en *Revista de Salud Pública de México*, N° 34 pág. 546-553
- Bauleo, A. (1992) “Efectos de la institucionalización en el individuo” en *Revista española de Geriátrica y Gerontología*, 27 n° 49. Pag 176 a 184.
- Benatar, Raquel; Frias, Rosario y Kaufmann, Alicia E. (1993) *Gestión de las residencias de la tercera edad*. Barcelona: Deusto
- Botella García del Cid, Luis (1991) “Tres niveles de intervención psicológica en centros geriátricos” en *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología*, Barcelona, Vol 7 (1). Año VII
- Bravo, Williams (1981) “El asilo de ancianos en México” en *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, Tomo XVI, n° 4, julio-agosto, 359-370
- Brody, E. M. (1991) “The rol of the family in nursing home: implications for research and puelic policy”, en Harper, M.S. y Lebowitz, B., *Mental illness in nursing homes: agenda for research*. Washington: Government printing office
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1998) “La experiencia depresiva en residencias geriátricas”, Capítulo 15 en Salvarezza, L. (comp.), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Bs. As.: Paidós

- Castells, J. E. (1993) “¿Cómo tratamos a nuestros ancianos? Resultado de una encuesta en los hogares de ancianos de la Argentina” en *Revista argentina de geriatría y gerontología*, 13 (3): 160-173
- Cifuentes Cáceres, R., Merchán Maroto, E. y Suárez Gallo, F. (1992) “La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos” en *Revista española de Geriatría y Gerontología*, Vol 27, supl. 1 (27-30)
- Contreras de Lehr, Eduardo (1987) “El anciano y su hábitat. La institucionalización” en *Medicina de la Tercera Edad*. Año (9), México
- Croas, Rosana y Fernández Colmeneros, Laura (2013) *Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica* (3ª. Edición). Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social –Argentina
- Dabove, M. I. (2000). *Derecho de la ancianidad y bioética de las instituciones geriátricas*. Separata de homenaje a Dalmacio Vélez Sársfield. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, tomo III, Córdoba: EL COPISTA
- Dabove, M.I. (2004). Introducción al capítulo I. “La condición jurídica de los ancianos residentes”, en Dabove M.I. (coord.), *Derecho en los geriátricos. Una aproximación interdisciplinaria*. Bs. As. – Madrid: Ciudad Argentina
- Daichman, L. S. (1999). “El maltrato institucional y la vejez” en *Hechos y Derechos*, publicación nº 6, Subsecretaría de Derechos Humanos y Sociales. Bs. As.
- De Bernardi, B. (1993) “Los múltiples rostros de la institucionalización de larga estadía para ancianos” en *Seminario La institucionalización y sus costos*. Cuadernos de Gerontología, Asociación Gerontológica de Bs. As., año 6, Nº 11, noviembre. 73-89
- De los Reyes, M. C. (2000) “Ancianidad, familia e institución geriátrica” en *Revista Nexos*, Universidad nacional de Mar del Plata, Nº 12, año 7, pg 22 - 24

- De los Reyes, M. C., Roosé, V., Berruti, M., By Buzeki, M. (2000) “Ancianidad dependiente, familia e institución geriátrica” en *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Bs. As.: Dunken
- De los Reyes, M.C. (2001) “Familia e imagen del geriátrico” en *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Bs. As. Vol. 47. N° 3 de la 243-249
- De los Reyes, M. C. (2003) “Institucionalización de ancianos y vulnerabilidad” en *Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencia Sociales de la UBA. Bs. As.: Abramzón, M. Federico, A., Findling, L. Mendes Diz, A.M.; y Di Leo, P. (eds.)
- De los Reyes, M. C. (2003) “Percepción de los cuidados hacia ancianos institucionalizados en geriátricos privados en la ciudad de Mar del Plata entre familiares”, en *IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA; Bs. As.: Mendes Diz, A.M.; Federico, A., Findling, L. y Abramzón, M. (eds.)
- Fainstein, I. (1993) “La decisión de internar” en Seminario *La Institucionalización y sus costos*. Cuaderno de Gerontología, Asociación gerontológica de Bs. As. Año 6, N° 11, noviembre de 1993
- Fernández Ballesteros, R. (1996) *Sistema de evaluación de residencias de ancianos*, Madrid: IMSERSO
- Fernández Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (1998) “Vivir en una residencia: algunas expectativas”. Capítulo 14 en Salvarezza, L. (comp.) *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Bs. As.: Paidós
- Firevicius, M. H. (1985) “Necesidad de evaluación de los hogares o residencias para gerontes” en *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, N° 2, 108 - 116
- Firevicius, M. H. (1988) “Establecimientos de internación de larga estadía para gerontes” en *Revista Geriatrika* N° 2, 13-17.

- Firevicius, M. H. (1993) “Problemática de la vida institucional” en *Seminario La Institucionalización y sus costos*. Cuaderno de gerontología, Asociación gerontológica de Bs. As. Año 6, n° 11, noviembre de 1993
- Hitzig, J. (1993) “Institucionalización y calidad de vida”, en *Seminario La institucionalización y sus costos*. Cuadernos de gerontología, Asociación Gerontológica de Bs. As. Año 6, n° 11.
- Leopold, Luis Víctor (2000) “De asilos y casas tomadas: refugios nocturnos para adultos mayores” en *Gerontología latinoamericana: teoría y práctica*. Coordinación y compilación Luis Víctor Leopold. Montevideo: Multiplicidades
- Mas, Mercè y Arqués, M. Carme. (2011) *La residencia en que me gustaría vivir*. Barcelona: FATEC – Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña.
- Matusевич, D. (1998) “La muerte social como destino posible en la vejez” en *Revista Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, Bs. As. setiembre 1996. Vol. 42. N°3
- Matusевич, D. (1998) “Envejecimiento e institucionalización geriátrica” en Ferrero Gloria (comp.) *Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes*, Bs. As.: Atuel
- Nallim, F. (1993). “La decisión de internar” en *Seminario La institucionalización y sus costos*. Cuadernos de Gerontología, AGEBA, Año 6, N° 11
- Miranda, María Jesús (1985) *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*, Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Monchietti, A. (comp.) (2000). *Cómo vemos a los viejos, cómo se ven ellos a sí mismos*. Ed. Universidad Nacional de Mar del Plata
- Paola; Jorge (2005) *Historias Fundacionales de las Residencias para Mayores de la Argentina. Rituales Institucionales y Experiencias Significativas para el Campo*

Gerontológico. Actas Del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional CD-ROM n° de ISBN 987-544-199-6, Mar del Plata.

- Pérez Almeida, E., *et al.* (1989): “Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella” en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1, pp. 27-33.
- Quintanar Olguín, Fernando (2000) *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdes
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999) “Evolución de las residencias en el contexto internacional”. Cap. I en Rodríguez Rodríguez P. (coord.) en *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Rodríguez Rodríguez Pilar (2012) *Innovaciones en residencias. Para personas en situación de dependencia*, octubre. Madrid: IMSERSO
- Rossjanski, S.D. (1989). “La familia del anciano institucionalizado” en *Revista Argentina de gerontología y geriatría*, tomo 9, n° 1, enero – marzo. 34-39.
- Salinas Martínez, R. y Banda Arévalo, J. (1996) *Asilos de ancianos en el Estado de Nuevo León*. Salud Pública de México, Vol. 33, n° 1, enero-febrero, 56-59
- Savio, Italo (2004) “Hospital "Dr. Luis Piñeiro del Campo" el trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico” en *Gerontología en Uruguay: una construcción hacia la interdisciplina* (Nisizaki, Susumu ; Pérez Fernández, Robert, comp.). Universidad de la República (Uruguay). Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez. Montevideo: Psicolibros.
- Sanzo, Luis (1985): *Ancianos en residencias*, Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- Stefani, D. (1992) “Gerontología psicosocial: estudio de la acción de internar a un anciano en un geriátrico en sujetos de diferente sexo” en *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, Bs. As., T.12, n° 3.

- Slutzky, L.; Fishman, A.; Waitz, M.; Zaidemberg, F. y Vinocur, N. (2001) “Consideraciones éticas en alojamientos de larga estadía (ELE)” en *Revista Argentina de gerontología y geriatría*. Tomo XXI, año 21, n° 2/4
- Suarez, Francisco y Gonzalez, Natalia (2005) “Cultura Institucional y Estrategias de Vida de los Adultos Mayores en la Argentina en la población inserta en residencias geriátricas” en: *Primer Anuario Del Simposium Argentino de Gerontología Institucional*. Mar del Plata: Suárez
- Tarrío, S. (2003) “El discurso cotidiano y científico sobre la internación geriátrica. Perspectiva psicosocial” en *Revista Nexos* N° 17. Año 10. Nov. 2003. Secretaría de Ciencia y Técnica, UNMDP.
- **Fuentes documentales registradas con respecto a la temática de la institucionalización de la vejez como alternativas de cuidado.**
- Berriel, Fernando, et al. (1990) *Aproximación Diagnóstica dentro del Piñeyro del Campo*. Convenio entre Piñeyro y el IPUR
- Bezrukov de Villalba, Lila y Wasiek, Cristina (1977) *Estudio de diecisiete hogares de ancianos en construcción en el Uruguay*. Servicio de Documentación Social Vol.3, no.1, mar. -- p. 15-22
- Danel, Paula Mara Tesis de Maestría en Trabajo Social “Las Prestaciones de los geriátricos en la Provincia de Buenos Aires. El caso de los hogares de La Plata y Chascomús” (período 2005 – 2006) dirigida por la Dra. Margarita Rozas Pagaza y el Mgter. Mariano Barberena, defendida y aprobada en mayo 2007 (online). Disponible en: <https://www.google.com.uy/#q=DANEL%2C+Paula+Mara+Tesis+de+Maestr%C3%ADa>. (acceso 15 de mayo de 2014)
- DIF (1995) *Informe General de las Casas Hogar Para Ancianos, documentos de circulación interna*, Archivo General del Banco de Información y Documentación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Hidalgo González, J.G. (2002) *Los cuidados a largo plazo de los envejecidos: oportunidades en un mercado en expansión*. (online) www.redadultosmayores.com.ar

- Lema, Claudia (2014) *La vida cotidiana del viejo institucionalizado*. Tesis de grado – Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo
- Méndez, E. “Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en hogares para ancianos”. *Red para el desarrollo de los adultos mayores*. (online) Biblioteca virtual. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID006.pdf.
- Méndez González, E (2002) *Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de personas mayores que residen en hogares para ancianos*. (online) Escuela de enfermería, Universidad de Costa Rica. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar
- OMS y Milbank Memorial FUND (2000) *Consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. (on line) Disponible en: www.redadultosmayores.com
- OPS (1988) *Atención de salud en instituciones para personas ancianas*
- Viera, Adriana (2013)
- Warren, Marjory (1996) “El cuidado de los ancianos crónicamente enfermos” en *Páginas de Salud Pública de México*. Vol 38, nº 6, noviembre – diciembre, 525-532
 - **Documentos registrados de exposición del tema en congresos y encuentros**
- Altschul, C. y Savio, A.M. (1979) *Admisión a hogares de ancianos: una propuesta terapéutica* Ponencia en el II congreso Argentino de Gerontología y Geriatria. Bs. As.
- Barreiro González, Andrés (1993) *Institucionalización en la tercera edad: observación de una residencia de ancianos durante tres años*. Postgrado de Geriatria y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo

- Bellini, G. (2002). *La conducta familiar después de la internación de un anciano en un hogar geriátrico. Abandono, negligencia y abuso económico*. Congreso internacional Maltrato al Adulto Mayor, noviembre 2002, Universidad del Bi-Bio, Chillán. Chile
- Bidegain Lecouna, Ana María; Camejo, Ileana; Quintan López, Rosana (1999) *Evaluación de pacientes institucionalizados: aplicación de protocolo*. Postgrado de Geriátría y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo
- Buzeki, M. (2003) Informe final de beca de iniciación a la investigación de la facultad de psicología UNMdP 2001 – 2003, *Representaciones sociales de la vejez entre cuidadores de ancianos institucionalizados*. Mar del Plata
- De los Reyes, M.C. (2002) *Calidad asistencial en geriátricos privados* presentado en XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría “Psiquiatría, ecología y calidad de vida” y III Congreso Internacional de salud Mental. Mar del Plata
- De los Reyes, M.C. y Buzeki, M. (2003). *El diálogo como estrategias de programas institucionales en geriátricos*. Libro de resúmenes. 1º congreso Nacional de TS. Universidad nacional del Centro, Tandil
- De los Reyes, M.C. (2004). *Familia y organización geriátrica. Diálogo de perspectivas en un establecimiento*, Tesis maestría en psicología social de la Universidad Nacional de Mar del Plata
- Gutmann, R (2000): Exposición en el Panel *¿Para qué sirven los hogares para personas mayores?* Foro para la Personas Mayores de la Ciudad de Buenos Aires Julio 2000.
- Olivera, Grettel (1993) *Residencia modelo para la tercera edad*. Postgrado de Geriátría y Gerontología - Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo
- Pássera y otros (1998) *¿Evaluar ancianos o las instituciones que los albergan?* Ponencia al VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría, Bs. As.

- Pássera, J.; Junqueras, V.; Casella, E.; Cabero, L.; Kuintupuray, C.; Zamora, A. y González Manzur, R. (1998) *¿Evaluar ancianos o las instituciones que los albergan?*, VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, Bs. As.
- Torres Postiglione, Adriana (2000) *Des-cubrir la vejez: experiencias en residencias para adultos mayores*. V Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo: UDELAR-FP, 2000, 608 p. en Maldonado y Centro Univ. Reg. Este. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología
- Viera Gardiol, Adriana (2013) *La vida cotidiana del viejo institucionalizado*. Tesis de grado – Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo

ⁱ Es significativa la comparación con la región, donde la proyección para el período 2045 - 2050 es de una tasa de fecundidad de 1.9 hijos por mujer y una esperanza de vida de casi 80 años (CEPAL, 2009a: 146).

ⁱⁱ El censo de población 2011 contempla la discapacidad para ver, oír, caminar o aprender (INE)

ⁱⁱⁱ “*Se trata de un resultado de las transformaciones en la estructura por edades que ha mostrado la población de la región, expresadas en una reducción del peso de la población entre 0 y 14 años y un aumento de la población adulta que aún es superior al incremento de la población de mayor edad*” (CEPAL, 2009^a: 143).

^{iv} Caben destacar dos elementos de forma y contenido que diferencia la ley de los decretos que la antecedieron: la regulación elevada al estatuto de ley por primera vez en el país y la inclusión de las figuras de “*centros diurnos*” y “*servicios de inserción familiar*” que representan un primer movimiento hacia la desinstitucionalización de la vejez, aunque casi 20 años después ambas figuras son casi inexistentes en los hechos.

^v Datos del Padrón médico del Uruguay. Fuente SMU, Actualizado al 30 de junio de 2010. http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_esp.php. fecha de visita 17/8/13



Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay