XII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN
16, 17 y 18 de SETIEMBRE 2013
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

DERECHOS HUMANOS EN EL URUGUAY DEL SIGLO XXI
LIBERTADES
DIVERSIDAD
JUSTICIA

Los modelos de atención a la vejez en Uruguay

Sandra Sande Muletaber

Los Modelos de atención a la Vejez en Uruguay[1]

Mg. Sandra Sande Muletaber

Docente DTS- FCS-UdelaR

sandrasande@cienciassociales.edu.uy

Resumen:

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores triunfos de la humanidad y uno de sus más grandes desafíos. En el siglo XXI, el envejecimiento impone exigencias económicas y sociales Al mismo tiempo, las personas mayores ofrecen recursos, que suponen una importante contribución a la estructura socioeconómica.

La ponencia da cuenta de las políticas desarrolladas en el país hacia las personas viejas, teniendo en cuenta que estos modelos reflejan valores y actitudes de una época histórica y que pueden contradecirse e incluso excluirse mutuamente

Actualmente no se discute sobre la igualdad inherente a las personas: hay una especie de consenso sobre la igualdad esencial entre los seres humanos y como éstos deben ser tratados y respetados, supone una característica común que tenemos por nuestra condición de persona, el terreno de debate, es cuál es el modelo ideal de justicia

De acuerdo a lo analizado se da cuenta de cuatro tipos de modelos para atender a la población vieja vulnerable: Medicalizado, Socializado, Mercantilizado y Emergente, basados en la teoría social que lo sustenta, el contexto socio político, el tipo de políticas asistenciales, las teorías sobre vejez y envejecimiento que la sustentan y la interpretación social sobre la salud y la enfermedad.

Palabras Claves: Vejez- Políticas Sociales- Modelos de Atención

[1] Trabajo presentado en las XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 16-18 de setiembre de 2013

Introducción

Los conceptos centrales de este análisis serán: la vejez con dependencia y las políticas sociales en torno a ella

El Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina. El porcentaje de mayores de 65 años alcanza el 19% de la población y la edad mediana de la población es de 31 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), del año 2004, la prevalencia de la discapacidad alcanza al 7.6% y en el caso de los adultos mayores de 65 años la incidencia es de un 25%, lo que representa el 65% de las personas con alguna discapacidad. Estos datos deben, por lo menos ser problematizados. ¿En Uruguay se plantean políticas sociales que atiendan esta problemática?

Si bien existen instituciones del ámbito de lo público y lo privado que brindan diferentes tipos de prestaciones: asistenciales, educativas, sociales, laborales, recreativas, estas no tienen sistemas de comunicación que permitan que la información circule de manera eficiente, lo que conlleva a duplicar esfuerzos que muchas veces impiden el acceso real a los servicios existentes. Si a esta realidad institucional se le suman los mecanismos afectivos propios que la problemática de la discapacidad genera, (entre otros: aislamiento, retracción, incomunicación, frustración e impotencia) se considera que la discapacidad constituye uno de los colectivos más vulnerables y más aún, si se le suma la fragilidad de la vejez.

Una de las prácticas políticas que implementan las políticas sociales focalizadas parte de la adopción de los enfoques de riesgo social como fundamento técnico (Beck, 1998 y 1997; Giddens, 1991, 1992 y 1997; Lash, 1997) de la inclusión o no de la población en los beneficios. La propuesta de este trabajo es problematizar cuáles son los criterios teóricos, las concepciones de justicia y las formas de entender la vejez que subyacen en las políticas públicas destinadas a esta población, lo que conlleva a distinguir distintos modelos , según la base de información. En definitiva: se pueden distinguir las diferencias según: la teoría sociológica que explica el tipo de sociedad, el contexto socio-histórico, las teorías sobre vejez que interpretan, la actividad asistencial que promueven y la concepción sobre salud- enfermedad que sustenten.

Aspectos Teóricos y filosóficos involucrados:

El marco teórico desde el cual nos paramos da cuenta de la mirada desde la cual nos posicionamos para ver la "realidad". Si atendemos al diagnóstico weberiano de la modernidad, poco hay para salvar, pero existen otras perspectivas y a ellas atendemos desde esta propuesta. De alguna manera el proyecto de la modernidad reflexiva intenta salvar a la modernidad de su agotamiento, desde un lugar distinto a la propuesta habermasiana, los teóricos del riesgo apuestan a la reflexividad, para evitar el "desencanto".

La desigualdad en la sociedad contemporánea no sólo es perceptible por la existencia de grandes y diferenciadas categorías que se correspondían con grandes morfologías colectivas, plantea Torres López (1999) sino que la desigualdad, tiende a darse también en el seno de esos mismos grupos, esto es así, en la medida de que las diferencias no aparecen como consecuencia de la pertenencia a un grupo, a partir de la cual se deriva una diferencia respecto a los de otro cualquiera, sino, que la desigualdad se puede percibir entre los propios miembros del macro grupo al que se pertenece. La desigualdad, pues, no se da sólo, ni principalmente, entre clases, entre colectivos conformados objetivamente en virtud de una determinada posición social frente a los derechos o al uso de los recursos, sino que se produce en el mismo seno de estos. (Torres López, 1999) La posibilidad de caer en condiciones de pobreza está vinculada al ciclo de vida. "Tradicionalmente, también podía deducirse que la desigualdad era el resultado de la pertenencia a un determinado origen, podríamos decir que de un conjunto de condiciones heredadas. Sin embargo, en la actualidad, la desigualdad deriva más bien del futuro que del pasado. Es una condición que se va a generar a lo largo del recorrido vital, y, es una gran medida, con independencia del origen social". (Torres López, 1999) La desigualdad estructural no cambia, pero se desarrollan, a partir de las trayectorias personales, nuevos tipos de desigualdad "intragrupal" añadidas (por viejo, por género, por discapacidad) que hace que pese más el punto de llegada

No es por lo tanto, el resultado de una determinada condición (desigual) de partida, sino de una contingencia del destino. La gran diferencia que hoy muestran nuestras sociedades (en realidad, la gran paradoja de la dinámica de "progreso" que se ha generado) es que, tradicionalmente, el ciclo de vida parecía tender hacia la igualdad,

toda vez que el conflicto por el reparto y la necesidad de evitar niveles inaceptables de deslegitimación, habían provisto a los grupos sociales de instancias para paliar la desigualdad de partida o, por lo menos, para aliviarla a lo largo de la vida, mientras que actualmente parece estar sucediendo lo contrario. La condición desigual, o su resultado en términos de pobreza o marginación, puede ser un punto de llegada aunque no haya sido condición de partida.

La modernidad (Giddens, 1997) puede definirse por el conjunto de narrativas ordenadas de la vida social, cuya eficacia simbólica se manifiesta como producto colectivo que se va modificando con el tiempo, permitiendo el ejercicio del poder que, al presentarse como certeza, no es cuestionada y consecuentemente permite el orden social. La radicalización de la modernidad, da cuenta de que se va configurando un orden diferente, en el que las discontinuidades más importantes en el ritmo y ámbito del cambio, así como en la naturaleza de las instituciones, empiezan a cuestionarse y pierden su carácter prescriptivo, fomentando la individualización.

Para los teóricos del riesgo, el programa de política de la vida es producto de los límites de la toma de decisiones regidas por criterios meramente internos, ya que se ponen de relieve cuestiones morales y existenciales reprimidas por las instituciones esenciales de la modernidad (Giddens, 1995: 282).

Por otro lado, la perspectiva de Zizek (1998) desde la conjunción del marxismo y el psicoanálisis, da cuenta de una teoríaa que plantea el ocultamiento de la explotación capitalista y su propuesta de, a partir de la idea de identificación con el excluido, lograr mantener "las utopías". Esto va de la mano con el intento de sostener una sociedad más justa a partir de la repolitización, generando debates sobre los grandes temas. El debate sobre el Sistema Nacional de Cuidados podría ser un intento sobre esa base, eso, si no queda en el plano del discurso, el tiempo y el resultado final dará cuenta de ello.

La justicia, como consenso en términos de dignidad humana, es difícil de cuestionar, lo que es materia de argumentación son las bases normativas que aseguren la igualdad. La propuesta de las capacidades de Sen (1995), aporta a entender la necesidad de tener en cuenta la variabilidad entre las personas y la capacidad en cuanto a mínimos, pero no puede olvidarse, nos dice Dubet (2011), que no sólo es necesario reducir la desigualdad

entre las posiciones sociales, como que cada persona esté en un lugar aceptable y asegurado, porque eso brindaría a quienes están peor posicionados, como los viejos con discapacidad, la posibilidad de respuesta a sus necesidades.

Sobre la Vejez y las formas de entenderla

La construcción del lenguaje, "como se nombra" ha ido dando cuenta de los cambios en la percepción de la vejez. El envejecimiento es un proceso natural, inevitable y que acompaña el proceso de la vida. Somos sujetos envejecientes y es parte de la condición humana, entenderlo así permite superar el prejuicio que nos separa del "otro viejo" como un alter ajeno y extraño, que no nos convoca.

En la edad Antigua, la vejez no se estableció con una definición sobre la edad de las personas. La juventud era la plenitud de la vida, sin referencia a los años, la vejez "podía empezar tanto a los 42 como a los 72 años. De hecho, la palabra senex, en latín, viejo, anciano, no se definía en términos de número de años, sino que contemplaba la apariencia física, la actitud mental, la forma en la que una persona se piensa a sí misma, se muestra y como es percibida por los otros (Muchinik; 2006; 32)

Platón, presenta una visión individualista e intimista de la vejez, resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Aristóteles por su parte presenta las diferentes etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera- la más prolongada-, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina. Para Aristóteles, la juventud y la vejez eran polos opuestos, siendo la juventud una etapa de excesos y la vejez de conservadurismo "Cuando él describía a la población vieja, usaba el eufemismo de "esos en la edad avanzada", atribuyéndoles la característica de indecisión y suspicacia. A pesar de reconocer las posibilidades de una gran virtud entre la gente anciana. Aristóteles recomendaba prudencia al elegirlos para cargos públicos ya que consideraba que la mente envejecía al igual que el cuerpo. Según él, la vejez no garantizaba sabiduría y capacidad política" (Sánchez Delgado; 2005: 49). Desde esa

época y hasta la actualidad, siguiendo un recorrido histórico[2] se puede pensar que las formas de entender la vejez están siendo permeadas desde estos dos tipos polares[3]

Ser "viejo" no es sinónimo de dependencia, ni de vulnerabilidad, pero también es cierto que debemos dar cuenta como sociedad, que no hemos encontrado la clave para, cuando se aúnan la vejez y la discapacidad, para ofrecer las ayudas necesarias. La vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que las señales del envejecimiento se hacen más evidentes y des habilitantes.

Mientras que uno es un proceso (el envejecimiento), la otra es un estado (la vejez). La vejez es falta de proyecto, es caer en los preconceptos, estar imbuidos del "viejísmo", y eso no depende de la edad cronológica, sino de la estructura psíquica. Se puede ser viejo a los 60 y estar en un proceso de envejecimiento a los 86 años. La vejez es siempre un momento de la vida en que se suman fragilidades, pero depende de diferentes factores: biológicos, sociales y culturales. Los factores biológicos si bien pueden estar condicionados por la genética, por ejemplo la duración de la vida, inciden y muchas veces prevalecen, las condiciones materiales: "cómo" y "qué tipo" de calidad de vida. Los factores sociales y culturales son también coadyuvantes a la hora de definir el tipo de vejez (…) la vida humana requiere un nivel de comprensión que aborde la complejidad del entorno" (Muchinik, 2005:68)

La vejez asusta, la discapacidad aterra, la vulnerabilidad nos acerca a la fragilidad humana y la dependencia nos confronta éticamente ¿Somos capaces como sociedad de abordar la dignidad humana sin romper con nuestros estereotipos?

La vejez en Uruguay

El Uruguay es el país de América Latina con mayor proporción de adultos mayores. El número y el peso relativo de la población de 60 años y más se ha incrementado lenta y continuamente en los últimos años. Según los datos del censo, realizado en 1996, este

[2] En este sentido ver. Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos: tesis de maestría de la autora;
[3] En el sentido weberiano del término.

grupo representaba entonces el 19 % de la población. La investigación llevada a cabo por Mariana Paredes (2010) da cuenta de que este proceso, se relaciona con los bajos índices de natalidad, el incremento de la esperanza de vida y la existencia de tendencias migratorias —intensificadas en algunos períodos— que se concentran principalmente en sectores de población joven o de edad mediana y de alta calificación.

La población de adultos mayores es urbana en su amplísima mayoría (92,5% viven en áreas urbanas) Con respecto a los ingresos, un 86% de los mayores de 65 años percibe ingresos propios por concepto de jubilaciones, pensiones, rentas o salarios. Un 14,6% pertenece a la población económicamente activa (PEA). Si bien este sector se ubica mayoritariamente en los quintiles de menor ingreso, el número de mayores de 65 años con necesidades básicas insatisfechas decreció en los últimos años como efecto de los sistemas de ajuste de jubilaciones y pensiones. El 7,26% de los AM son pobres, y de este porcentaje el 2,82% se encuentran en situación de extrema pobreza o indigencia.

Se trata de una población alfabetizada (91% de los mayores de 60 años saben leer y escribir), con un promedio de años de estudio aprobados de 6,4 en la población de 60 y 64 años y de 4,7 entre los mayores de 85 años. Un 40% vive en hogares nucleares, una proporción algo menor (37%) en hogares extendidos o compuestos y un 19% hogares unipersonales. Los residentes en hogares colectivos son aproximadamente un 3%. Tiene cobertura de salud un 93%, ya sea a través de la afiliación mutual (59,5%) o de los servicios brindados por el Ministerio de Salud Pública. Si bien no hay datos precisos, algunos estudios estiman que un tercio de los mayores de 65 no son totalmente auto válidos, sobre todo debido a problemas de carácter físico. Hay un predominio de mujeres, entre el 60% al 73% viven en hogares multigeneracionales, el 27% en hogares unipersonales, 40% viven solos o con otra persona de la misma edad y 4% de 65 años viven en hogares colectivos. El índice de envejecimiento es de 72, esto significa que por cada 100 menores de 15 años hay 72 adultos mayores de 60 años, siendo mayor en el área metropolitana. Los datos del censo 2011 muestran que el 21,9% de las personas se encuentra entre 0 y 14 años, el 29,3% entre 15 y 34 años, el 34,9% entre 35 y 64 años y el 13,9% tienen 65 o más años. El departamento con mayor porcentaje de población de 65 o más años es Lavalleja (16,4%). Al 27/12/11, lo siguen Colonia (15,5%), Montevideo (15,3%) y Florida (15,2%). Por otra parte, los departamentos con mayor porcentaje de población menor de 15 años son Río Negro (26,1%), Artigas y Salto

(26%) y Rivera (25,4%). En cuanto al índice de envejecimiento (población de 65 o más años/población de 0 a 14 años * 100), se observa que Montevideo supera a Lavalleja en este indicador, ya que por cada 80 personas mayores de 64 años residen 100 personas menores de 15 años (http://www.ine.gub.uy/censos2011)

Las políticas sociales en vejez

La situación económica del Uruguay, país subdesarrollado y tercermundista no escapa a la crisis global. Las últimas décadas han generado serias dificultades que problematizan el mantenimiento de las prestaciones sociales vinculadas al Estado. Si bien los indicadores económicos parecen ser favorables según los datos del Ministerio de Economía (MEF), siguen manteniéndose los índices de pobreza infantil, los procesos de segmentación residencial y educativa. Estos altos indicadores ponen en riesgo los niveles de integración de una sociedad que va perdiendo capital social[4]. Es en este marco, donde el proceso de envejecimiento de la población plantea serios desafíos a la implementación de políticas sociales, ya que pone en cuestión el soporte de prestaciones al desbalancear la proporción de aportantes, sobre beneficiarios.

¿Qué rol debería jugar el Estado? Los técnicos podemos apoyar los procesos, las personas podemos trabajar en mejorar algunos aspectos de la calidad de vida, pero hay condiciones que no se pueden manejar desde el proyecto reflejo en el sentido dado por los teóricos de la modernidad reflexiva (Giddens, 1995, Beck ,2001) que de alguna manera sustentarían estas propuestas.

En cuanto a la vejez, en nuestro país, desde la seguridad social, se han instrumentado distintas políticas focalizadas a las personas mayores, determinadas por la situación de déficit económico, desde los distintos organismos ejecutores de esas políticas, en varios períodos de nuestra historia institucional. Para los ancianos auto validos (80%) la medida más redituable es la prevención (definida como la promoción de la salud y el envejecimiento saludable, envejecimiento activo).

Pero en el caso de los ancianos vulnerables, se ve como necesaria la reconversión de la atención de salud en tanto modelo actual reglamentado, basado en cuidado de agudos y

[4] En el sentido dado por Bourdieu

sin contrapartes sociales. Entre el 5 y el 7 % de los ancianos están institucionalizados (en residencias e instituciones públicas), lo que supone alrededor de 300.000 personas (el triple de las camas de agudos del país) Si el envejecimiento se conceptualiza como una experiencia natural, evolutiva, dinámica, si las personas somos sujetos envejecientes, la vejez es una etapa.

El avance de la gerontología social ha mostrado que vejez y el proceso de envejecimiento se sustentan en las influencias de los factores ambientales y sociales y que también se debe tener en cuenta que la estructura de la personalidad y del aparato psíquico va cambiando a lo largo de la vida. El interés se centra en las "transiciones" del ciclo de vida. Las que se realizan en la etapa de la vejez son: la sobrevivencia, el sentido del "nido vacío", el retiro del empleo, la abuelidad, la soltería (por viudez, elección o divorcio) y los cambios en la vivienda.

El aumento de la expectativa de vida, sobre todo entre los que sobrepasan los ochenta años, trae consecuencias en la familia, hay un incremento de arreglos familiares con convivencia de más de cuatro generaciones, llegando a suceder que se una persona pueda ser bisabuelo, abuelo, padre e hijo al mismo tiempo, siendo una de las implicaciones más profundas de la sobrevivencia a edades tardías.

El cuidado debe ser brindado, pero a su vez, el balance entre éste y los costos familiares debe ser pensado. Adultos mayores cuidados por sus hijos, que a su vez transitan la etapa de la vejez (abuelos de sesenta y más con bisabuelos de ochenta años y más)

Otro problema vinculado refiere a la feminización de los cuidados "En el ámbito público, el déficit de cuidado se ve- entre otros indicadores- en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos de los impedidos (…) En la situación actual del Uruguay, donde existe un déficit de cuidados importante, esta problemática no ha impactado aún con la fuerza que las cifras indican porque nuestro país tienen aún una generación de mujeres que amortiguan este impacto, es decir, mujeres de 60 y más años que no están involucradas al mercado de trabajo remunerado (amas de casa) y que de diversas formas responden a estas necesidades de cuidado insatisfechas" (Batthyany:2010)

El cuidado de los mayores vulnerables recae fundamentalmente en lo que se denomina "apoyo informal", es decir, en la familia, ergo: en las mujeres, éstas se incorporan al espacio público (mercado de trabajo, ámbitos políticos y sociales) sin abandonar el espacio privado, conservando la atribución de roles tradicional en lo que concierne a los cuidados.

La dependencia es entendida, en este modelo como una "situación personal ligada a la falta de autonomía física o intelectual que se caracteriza por una necesidad importante y prolongada de ayuda o de asistencia para realizar los actos corrientes de la vida cotidiana, de modo particular lo referente al cuidado personal para desplazarse, vestirse, etcétera." (Ley de Dependencia España, 2006)

La dependencia ha sido un problema gestionado desde la familia constituyéndose en un problema de la cotidianidad de los individuos y sus familias, poco visible para la sociedad y los Estados. En el Uruguay, la atención a la dependencia en la vejez ha estado fuertemente sostenida en la familia y en la atención primaria a la salud. Ha sido un problema privado y sanitario. Esta situación ha conllevado a que la atención a las situaciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia, esté claramente signada por la desigualdad. La atención que se recibe depende de las circunstancias, peripecias y capacidades de las familias y los individuos.

Se recibirá una mejor atención a partir del mercado, o a partir de un costo personal en las familias, centrado fuertemente en las mujeres. La privatización del cuidado conlleva a costos económicos, relacionales, emocionales y psíquicos, tanto para quienes son cuidados, como para quienes cuidan. Las repuestas dadas por el Estado uruguayo han sido pocas, hay un único Hospital Centro Geriátrico en todo el país. La población que atiende es de la capital, dejando sin cobertura a los demás departamentos, por razones obvias de infraestructura y recursos.

Pero la respuesta no está exclusivamente en la conformación de más hospitales públicos, si bien son necesarios. Una excesiva medicalización de la dependencia es costosa para el sistema sanitario y sobre todo, no resuelve los verdaderos problemas de aquellos que pierden autonomía y no puede valerse por sí mismos, ni de sus familias.

El modelo médico al colocar el foco en el tratamiento y en la gestión de los problemas como si fueran enfermedades, sostiene que las soluciones están más dentro del individuo que de la sociedad, esto llevaría nuevamente al desentendimiento de la responsabilidad social sobre la dependencia.

El Estado uruguayo ha actuado a lo largo del tiempo en la previsión de situaciones sociales a través de la provisión de bienes y servicios (Filgueira; 2006, Hernandez; 2000; Paredes; 2006 y 2008, Midaglia; 2001, Huenchuan; 1999, entre otros) articulados al mundo del trabajo.

Las políticas pioneras en materia de vejez fueron las de seguridad social. Esta forma de provisión ha beneficiado históricamente a las "corporaciones y las clases medias y medias bajas que percibían ingresos generalmente de la función pública y de las jubilaciones. Ello se complementó con un pilar básico del modelo que fue la prestación universalista de servicios de salud y educación" (Perdomo; 2009: 59)

El sistema de protección permanente, así como la extensión del sistema de seguridad social mediante la incorporación de beneficios no contributivos como transferencia de ingresos, se está implementando en Uruguay desde el año 2000, creándose nuevos dispositivos que aseguran el acceso a la protección social de los grupos excluidos.

Los nuevos programas, de corte permanente, se conciben insertos en el sistema de seguridad social, como alternativa a la creación de sistemas asistenciales paralelos, para estos grupos se implementa la verificación de medios para establecer condicionalidades para su recepción (Arim et al,2009) Son ejemplo de esto, la expansión del régimen de asignaciones familiares hacia los hogares de menores recursos (1999 y 2004), la prestación monetaria del ingreso ciudadano (PANES, 2005) y la reformulación de las asignaciones familiares (Plan de Equidad, 2008)

En Uruguay, los planes implementados incluyen "entre sus prestaciones esenciales transferencias de ingresos, se han convertido en una estrategia de acción generalizada en América Latina, la particularidad del caso uruguayo reside en la forma en que se pretende ensamblarlos con el resto de las intervenciones públicas. Aparentemente se intenta que estas iniciativas se transformen en uno de los eslabones articuladores de los

servicios universales de bienestar con los programas específicos de protección o asistencia social" (Midaglia.2007). Las transferencias públicas se producen a través de una asignación de recursos desde el Estado a grupos de personas visualizadas como "carentes". Está transferencia está sujeta a criterios de asignación: desde la necesidad o la pobreza, hasta la lógica de derechos universales. En el primer caso (pobreza) estarán sujetas a demostración, para aquellos que no acrediten "necesidad" la supervivencia dependerá del intercambio en el mercado, será pues una relación mercantilizada (Esping- Andersen, 1990)

La verificación de medios adopta fundamentalmente dos modalidades en nuestro país: la declaración de ingresos por debajo de determinado monto (asignaciones familiares hasta 2007) o índices privación (ingreso ciudadano) combinados con niveles de ingreso. De los análisis realizados sobre la implementación de este tipo de políticas (2009: Debate Sobre políticas Sociales), los resultados son limitados: positivos en escolaridad, aspectos de salud y alimentación de hogares pobres, pero no han sido activos en la eliminación de la pobreza en el corto plazo y sobre todo los impactos son inciertos en el aspecto educativo del capital humano y en la reducción de la pobreza en el largo plazo.

Con respecto a las diferencias de género y generación, estos programas presentan limitaciones para promover igualdad de género sobre todo, al no estar diseñados desde esa perspectiva. Si bien, al entregar las transferencias a las mujeres, reconocen la importancia que estas tienen en la administración de los recursos del hogar, reproduce la construcción de género existe, reforzando el modelo de responsabilidad en la gestión de lo domestico.

Si la vejez y/o la discapacidad son consideradas como un problema solamente médico, es decir: producto del deterioro, el accidente y la enfermedad, no se refiere a las condiciones de "bienestar", pues para ello, se deben tener en cuenta otros factores, tanto las limitaciones como las facilidades (Serrat:2004:65), entonces el tipo de modelo deberá ser un modelo socializado. Pero, no se puede dejar de lado las condiciones materiales, entonces aprece el denominado "modelo mercantilizado" tratando de atender a las políticas asistenciales de la década del noventa.

Serrat (2004) agrega la variable de la "riqueza" para poder dar cuenta de la brecha ente las personas que pueden o no acceder al mercado en busca de soluciones a las situaciones de dependencia. Si bien, se trata de modelizar, a partir de las diferentes variables que se han analizado, no existen tipos "puros", sobre todo a la hora de penar en las políticas públicas. Es claro que desde la investigación realizada, basada fundamentalmente en los "tipos ideales" no dejamos de percibir, que existen zonas limítrofes, "grises" dónde no es tan verificable la base de información , ni los límites están definidos, es por ello, que en base al trabajo realizado por Serrat (2004), y haciendo una extrapolación , teniendo en cuenta las limitaciones, se intentará dar cuenta de las políticas desarrolladas en el país hacia las personas viejas, con énfasis en la discapacidad, entendiendo que estos modelos reflejan valores y actitudes predominantes en una época histórica y que pueden contradecirse e incluso excluirse mutuamente.

Nos pareció oportuno incluir la variable "riqueza", entendida como la capacidad de las personas y las familias de acceder a los recursos que brinda el mercado, en el entendido de que problematizan aún más el tema de la atención de la vejez dependiente. En cuanto a los adultos mayores, no hay una "obligación" con respecto a dejar el empleo en el caso de las mujeres, principales proveedoras de cuidado para esta población y se plantea que lo mejor es que el adulto mayor permanezca en su medio, pero al mencionarse el cuidador principal, ésta aparece como una figura distinta, y la familia se muestra como la que tiene el rol del "control sobre el cuidado" el que generalmente se ve mercantilizado.(Batthyany:2013)

En cuanto a pensar en un modelo emergente, está vinculado a una reconversión de la forma de entender a la vejez, vinculada a la autonomía y a la dignidad humana, y en su relación con el cuidado y la co-responsabilidad a la interna de las familias, resolviendo las inequidades de género, como asimismo dando cuenta de que el "cuidado" de la dependencia no es un asunto privado, que deba resolverse a la interna de las familias, sino que es una problemática social, que debe tener su correlato en materia de políticas públicas.

Se presenta entonces el cuadro resumen sobre la relación entre las categorías analizadas:

Tipo de	**Medicalizado**	**Socializado**	**Mercantilizado**	**Emergente**

Modelo					
			Con Riqueza	Con pobreza	
Teoría	Liberalismo	Utilitarismo	Neoliberalismo "proyecto reflejo"	Neoliberalismo "ausencia de proyecto colectivo"	Sociedades post-tradicionales
Contexto socio político	Siglos XIX y XX hasta 1950. Estado defensor de los derechos políticos y civiles	Emergencia del Tercer Mundo. Estado de Bienestar 1950-1970	1970-2000	1970-2000 Igualdad de oportunidades	Siglo XXI Igualdad de posiciones
Políticas asistenciales	Creación de Cajas provisionales. Conformación de asilos.		Alma-ata		Sistema Nacional de cuidados
Teorías sobre vejez y discapacidad	Medicalización de los conceptos	Teoría de la separación	Teoría de la actividad. Teoría de la sub cultura	Teoría de la separación. Teoría de la modernización	Envejecimiento como proceso
Actividad asistencial	Asilar-hospitalaria	Actuaciones interdisciplinarias	Cobertura por el mercado		Reconversión del Piñeyro
Interpretación de salud, enfermedad	La salud como una responsabilidad individual	La salud como un derecho	Sistema clientelar	Perdida de apoyos, vuelta a la responsabilidad individual	Sujeto envejeciente Construcción social de la discapacidad

Fuente: Elaboración propia en base a Serrat (2004)

Reflexiones finales

Si realizamos un recorrido sobre las diferentes concepciones de justicia, daremos cuenta, de lo que cada particular tiempo histórico ha entendido como "lo justo" y como cada sociedad ha concebido la construcción de la compleja condición de "persona". No es lo mismo ser un discapacitado, que una persona con discapacidad, y no todos los viejos son "abuelos", como tampoco, toda la vejez es de una manera y no es sólo una construcción del lenguaje, es una concepción de dignidad. Nombrar no es ingenuo, por ello, para dar cuenta de los diferentes modelos, se apeló también a las distintas formas de "nombrar" a través de los discursos sociales que permean la promulgación de las leyes en Uruguay.

Asimismo, ese trabajo da cuenta de que la exploración en torno a lo estudiado en el país sobre el tema, debe sustentarse indefectiblemente en otras ciencias sociales como la demografía, la gerontología y la sociología, toda vez que se entiende que este particular "objeto" de investigación es necesariamente interdisciplinario y dado que muchos de los conceptos han tenido un mayor desarrollo en esas ciencias.

El abordaje desde la demografía es un insumo más que necesario, ya que esta disciplina ha prestado especial atención a la vinculación existente entre la población y su envejecimiento, los comportamientos demográficos y los procesos sociales que están involucrados. En el contexto histórico los comportamientos sociodemográficos dan cuenta de una particular situación del país, que no se ha visto acompañada en su correlato por las políticas públicas. Se habla incluso de dos modelos de transición demográfica en el país, y sin embargo en torno a la vejez, se puede pensar en un imaginario social que permea los diferentes sectores.

Si bien, se puede pensar en un modelo diferencial de apoyo, según los sectores, la responsabilidad del "cuidado", de la dependencia ha sido en Uruguay, un problema "privado". La dependencia no ha sido un "problema social", sino un problema de las personas y de las familias.

Se ha tratado a partir de las políticas públicas de cubrir algunos aspectos, aparece en los Estados la atención a la Seguridad Social y se promulgan leyes que van en el sentido de la protección de las personas en situación de vulnerabilidad.

Se ha realizado, un recorrido de las políticas que atienden a la vejez con discapacidad, pero falta mucho en ese sentido. La necesidad de implementar políticas que atiendan a la dependencia, no trata de sustituir a las familias, ya que éstas deben seguir siendo la unidad de referencia, incluso cuando los cuidados provengan del exterior, dado que son necesarias como instrumento vehicular entre la atención y la persona dependiente.

Pero lo que se debe atender, lo que se tiene que proteger es a las personas, que estando en situación de vulnerabilidad, tienen el derecho de ser protegidos, no importa su peripecia, ni si tiene familia o no, o las circunstancias de éstas.

Desde el advenimiento de los gobiernos de izquierda en nuestro país, se han instrumentado distintas políticas para combatir la pobreza extrema y particularmente para las personas mayores que no cuenten con los años de aportes previsionales suficientes (ya sea porque se encontraban fuera del sistema por voluntad propia, como así también muchos situaciones en las cuales se les realizaban las retenciones al trabajador que luego no eran volcadas al BPS) se estableció una pensión no contributiva para los mayores de 65 años. El requisito para incorporarse es el haber integrado una familia que cobró el plan de emergencia y la propuesta es que se irán incorporando paulatinamente el resto de los mayores de 65 años que demuestren la carencia.

En este sentido, la asistencia a la vejez evita bajar la edad “legal” para ser beneficiario de la pensión a la vejez, lo cual implica discrecionalidad, al no ser un derecho, lo puede quitar el gobierno de turno. Si se suma a la problemática de las políticas focales de trasfondo económico, la carencia de soportes sociales que “amortigüen” las dificultades que atraviesan los sujetos debido a la edad y sus consecuencias, no estaremos atendiendo la problemática de la vejez vulnerable

Es necesario construir un marco para el desarrollo de las potencialidades personales, es decir, potenciar la trayectoria vital de las personas, asegurando siempre el acceso al bienestar.

En el cuidado a la dependencia, la familia ya se encuentra al máximo de su capacidad de cuidados. Es necesario trasladar la responsabilidad de la atención a la dependencia a la esfera pública y en mayor medida hacia la esfera social, basculando entre lo sanitario y lo social, encontrando la forma de integrarlo en un sistema de cuidados

El planteamiento estatal del problema de la dependencia debería abordar el traslado de la responsabilidad desde la familia a la sociedad y de la atención desde lo médico a lo social, cuando éste sea el caso. No son las personas en situación de vulnerabilidad, dada por la dependencia quienes deben dividir sus necesidades entre lo social y lo sanitario, sino que la respuesta debe incluir a ambas, evitando el peregrinaje de las personas en busca de soluciones. Se requieren enfoques integrales, que procuren la equidad asociando las acciones frente a los pobres con la reforma y reforzamiento de las instituciones de seguridad social.

El riesgo a futuro es acentuar la segmentación de las instituciones sociales entre quienes estén asegurados y quienes son asistidos temporalmente y esto, con la posibilidad cierta de que una nueva decisión política los deje sin protección. Es necesario entonces una politización de estos temas, dejar al mercado la respuesta sobre la vejez con discapacidad, es dejarse permear por la lógica del capital y entender que las circunstancias de vida de las personas dependen de su "proyecto" y que la responsabilidad por el cuidado de los viejos con discapacidad, es un problema privado.

La oportunidad que la sociedad uruguaya se está brindando a partir del debate sobre el Sistema Integrado de Cuidados, debe dejar lugar a las propuestas que las disciplinas que intervienen con esta población tienen para decir, y esto es fundamentalmente necesario para el Trabajo Social. Una propuesta para "pensar" políticas públicas con respecto a la vejez necesitada de cuidados, debe incluir el fortalecimiento de la estructura social generando más cohesión social en torno a un sistema de derechos que impacte en la calidad de vida de esta población y su correlato en términos de autonomía.

Apelar a la igualdad de oportunidades es deseable, para ello siguiendo a Dubet, es necesario que las posiciones no estén separadas.

Bibliografía:

Abellán, Puga M. (2001) Independencia entre los mayores. en: informe España 2001. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro.

Alayon R.(2012) Políticas Sociales ¿Universales o Focalizadas? iniciativa. espacio de debate, político social y cultural.

Alegre Escolano A, Ayuso Gutiérrez, Guillén, Monteverde Verdenelli M, Pociello García E. (2005) Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. Rev Esp Salud Pública.

Arim, R, et al (2009) "Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión" Cepal división de Desarrollo Social, Santiago de Chile.

Aristóteles (2007) : "La Política" ; http://www.laeditorialvirtual.com.ar/

Aristóteles (1996) " El arte de la retórica" traducción de Ignacio Gravero, Buenos Aires: Eudeba.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). "Jubilación, Salud y Envejecimiento" En: Buendía (comp.) "Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI.

Bowie N (1972) "Justicia Distributiva" Buenos Aires: Ed. Economía y Empresa..

CEPAL (2006) "Programas sociales y transferencias de ingresos" en: Uruguay serie políticas sociales No 146.

Cicerón (1953) "De Senectud: las leyes, la vejez, la amistad", Chile: Ercilla.

Custo E. (2008) " Salud mental y ciudadanía" Buenos Aires: Espacio Editorial

Dell´anno A.; Corbacho M.; Serrat M., (coord.) (2004) "Alternativas de la diversidad social: Las personas con discapacidad" Buenos Aires: Espacio Editorial.

Dubet F. (2011) "Repensar la justicia social contra el mito de la igualdad de oportunidades" Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Franco R. (1996) "Los paradigmas de la política social" Cepal Revista 58.

Franco R. (2001) "Temas de Trabajo Social: debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea", en: Equipo de Trabajo Social del ciclo básico (organización y compilación) Montevideo: DTS-FCS-UDELAR.

García S.; Rovira A.; Sammarco I. (coord.) (2009) "Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer debate nacional sobre Políticas Sociales, envejecimiento y territorio", Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

García C. y Ribero, S. (1994) "Análisis de los procesos de comunicación e interacción Institucional. Estudios de Situación Hospital Piñeyro del Campo" en Revista de Trabajo Social, Año VII, Nº13.

Giddens, A. (1987) "Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías interpretativas." Buenos Aires: Amorrortu editores.

Giddens, A. (1995) "Modernidad e identidad del yo. El yo y la identidad en la época contemporánea" Barcelona: Península.

Giddens, A. (1998) "Consecuencias de la modernidad" Buenos Aires: Amorrortu.

Giddens, A.(2000) "La transformación de la intimidad: Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas" Madrid: Cátedra.

Iacub, R. (2011) "Erótica y vejez. perspectivas de occidente" Buenos Aires: Paidós.

Laurell C. (2000) Método LEST. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington: Serie Paltex, salud y sociedad. Organización Panamericana de la Salud.

Lo vuolo R. (2001). "Alternativas. La economía como cuestión social. Ed. Altamira.

Ludi, M. (2005) "Envejecer en un contexto de (des)protección social" Buenos Aires: Espacio Editorial.

Marinez J. Voorend K (2008) "Transferencias condicionadas, regímenes de bienestar e igualdad de genero: ¿blancos, negros o grises?" Costa Rica: Instituto de investigaciones sociales, Universidad de Costa Rica.

Marx, K. (1967) "El capital" España: siglo XXI.

Marx, K. (1968) "La ideología alemana" Montevideo: Ed. Pueblos Unidos.

Méndez Vives, E.(1975) "Historia uruguaya tomo 5: El Uruguay de la modernización 1876-1904" Montevideo: Ed. Banda Oriental.

Midaglia C. y Antía F. (2007) "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social" Montevideo: Revista uruguaya de Ciencia Política – ICP.

Midaglia, C., et al(2006) "Las tercerizaciones de las prestaciones sociales: un debate político inconcluso" Montevideo: Informe de consultoría,Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Miguez, M.(2009) "Construcción social de la discapacidad" Montevideo: Trilce.

Mitjavila, M. (1992) "Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización" Montevideo: Cuadernos del CLAEH No. 62.

Montaño C. (1998) “La naturaleza del servicio social, un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción” San Pablo: Cortes editora.

Muchinik, E. (2006) “Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectivas de la vejez” Buenos Aires: Lugar editorial.

Paola j, Samter N., Manes R. (2011) “Trabajo social en el campo gerontológico” Buenos Aires: Espacio editorial.

Paredes, M. (2010) “Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano” Montevideo: Lucida ediciones.

Pereira G. (s/d) “Concepciones de justicia contemporáneas. Justicia y Equidad” Depto. de Filosofía de la práctica. Montevideo: UDELAR.

Pereira G. (2010) “Las voces de la igualdad. Bases para una teoría critica de la justicia” Montevideo: Proteus.

Platón (1992) “La República”. México: Editores mexicanos unidos.

Porzecanski T. (2011) “Somos cuerpo. Itinerarios y límites” Montevideo: Trilce.

Puga Md, Abellán A (2004) “El proceso de discapacidad. un análisis de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud” España: Fundación Pfizer.

Rama G. (1987) “La democracia en Uruguay” Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano. Cuadernos El Rial.

Rawls J. (1996) “El liberalismo político” España: Ed. Critica.

Rawls j. (2002) “La justicia como equidad. Una reformulación” España: Ed. Paidós.

Roca Jusmet, L. (2004) “¿Quién es el maldito Zizek?” Barcelona: El viejo topo Nº195.

Roca Jusmet, L. (2008) L. "Slavoj Zizek: La filosofía como espacio radical” Barcelona

Rodríguez Cabrero G (coord.) (1999) ”La protección social de la dependencia” Madrid: IMSERSO.

Sánchez Delgado C. (2005) “Gerontología social” Buenos Aires: Espacio editorial.

Sancho M. (2004) “La protección social a las personas mayores dependientes en Francia” Boletín sobre envejecimiento perfiles y tendencias.

Sen, A. (1995) “Nuevo examen de la desigualdad” España: Alianza Editorial.

Séneca (1959) “De la brevedad de la vida” España: Aguilar.

Vasilachis I. (2003) “Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales” España: Gedisa editorial.

Zarebski G.(2011) “El futuro se construye hoy. La reserva humana. Un pasaporte hacia un buen envejecimiento” Buenos Aires: Paidós.
Zizek, S. (1992) “El sublime objeto de la ideología” México: Siglo XXI.
Zizek, S.(1998) “Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional” en: Jameson y Zizek: Estudios culturales, reflexiones sobre el multiculturalismo. Buenos Aires: Paidós
Zizek, S. (2000) “El espinoso sujeto: el centro ausente de la ontología política” Buenos Aires: Paidós.
Zizek, S. (2002) “¿Quién dijo totalitarismo?” Valencia: Pretextos.

Documentos consultados

- Censo 2011- http://www.ine.gub.uy/censos2011
- Declaración universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)
- Declaración De Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad (ONU, 1975)
- Programa De Acción Mundial Para Las Personas Con Discapacidad (OMS, 1982)
- Declaración De Guadalajara (ONU, 1991)
- Declaración De Cartagena De Indias (O.M.S, 1992)
- Normas Uniformes Sobre La Igualdad De Oportunidades Para Las Personas Con Discapacidad (ONU, 1994)
- Asambleas Internacionales Sobre Discapacidad
- Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento:
hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento; Santiago de chile, 19 al 21 de noviembre de 2003

Otros textos consultados

Revista española de salud pública print version issn 1135-5727
Rev. esp. salud publica vol.79 no.3 madrid may/june 2005
doi: 10.1590/s1135-57272005000300001

Facultad de Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY