

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

Adultos mayores:
aproximaciones al modelo de atención en el sistema
de salud uruguayo.

María Lina Fernández Grant

Tutor: Celmira Bentura

2014

Agradecimientos

Agradezco eternamente a cada una de las personas que supieron estar todos estos años.

Gracias a los que me apoyaron con opiniones y recomendaciones que hoy son parte del resultado final de este trabajo.

Gracias a los que me dieron ánimo y acompañaron en el recorrido de esta historia cuando por momentos se tornaba lejano el final.

Gracias infinitas a todos por estar siempre y caminar de cerca en mi camino...

INDICE

Introducción	3
Capítulo 1: Objetivos: Objetivos Generales y Específicos	7
1.1: Metodología	8
Capítulo 2: Población Objetivo: adulto mayor	9
2.1: Vejez y familia	13
Capítulo 3: Análisis de las Políticas Sociales	17
3.1: Antecedentes Históricos de Políticas Sociales de adulto mayor	21
Capítulo 4: Salud, programas de salud y su reforma	25
4.1 Otras políticas para los adultos mayores	34
Reflexiones Finales	50
Bibliografía	53
Fuentes documentales	55
Anexos	62

Introducción

El presente trabajo monográfico de la Licenciatura en Trabajo Social consiste en una primera aproximación descriptiva sobre la modalidad en la atención del adulto mayor en el sistema de salud Uruguayo.

Para ello se recaudó información tanto de bibliografía nacional como extranjera. Las preguntas iniciales de la investigación fueron: ¿Todos los adultos mayores del país acceden al sistema de salud? ¿Tienen cobertura médica a su alcance?, es decir, ¿al momento de necesitar ser atendidos las personas reciben atención en tiempo y forma? ¿Son tratados con los cuidados necesarios y pertinentes? Las posibilidades de responder con precisión a tales interrogantes son escasas, por ello se analizó el sistema de salud uruguayo a modo general, extrayendo conclusiones que permitieron elaborar un acervo inicial, que podrá ser retomado a los efectos de una posible profundización sobre el mismo objeto de estudio.

Por lo tanto, luego de un proceso de análisis e identificación del objeto de estudio se procuró saber si el sistema de salud en Uruguay ofrece una forma de intervención específica para los adultos mayores.

Para obtener información pertinente sobre nuestro objeto de investigación en primer lugar se consideró el interés del investigador, la acumulación teórica previa, la accesibilidad a la información pertinente, entre otros aspectos que hicieron de estímulo para la investigación.

Como antecedente, es pertinente mencionar que en el año 2009 se desarrolló la práctica de la materia Metodología de la Intervención Profesional II, en el Hospital de Clínicas de Montevideo, específicamente en el sector de Geriatria. A partir de dicha práctica se despertó el interés por conocer más sobre las políticas de salud existentes en Uruguay y desde allí analizar con mayor profundidad la modalidad en la atención hacia los adultos mayores.

El área de Geriátría está ubicada en el subsuelo del Hospital de Clínicas, allí trabaja un equipo multidisciplinario compuesto por Médicos Geriatras, estudiantes de Postgrado, Psicólogo, Trabajadora Social y Auxiliar de Enfermería. Durante el desarrollo de la práctica curricular se evaluó que las condiciones físicas del lugar son inadecuadas, es un lugar de difícil acceso, con escaleras, sin agarraderas, con pocas camillas y la temperatura ambiente no es adecuada. Estos factores para la población mayor de 65 años son factores de riesgo, por lo tanto en el 2009 se consideró que Geriátría no se encontraba en condiciones óptimas para atender a los adultos mayores y a su vez estos factores hacían que las personas no concurrieran con frecuencia. Por otro lado se indagó en el protocolo de derivación que los médicos utilizaban para derivar a los adultos mayores al área de Geriátría.

La experiencia vivenciada en Geriátría permitió ahondar en bibliografía referida a la salud y a los adultos mayores, tanto extranjera como nacional, resultando de gran estímulo para indagar más sobre dicha temática. También dicha experiencia despertó el interés de conocer cómo es la atención de los adultos mayores en otros hospitales públicos del Uruguay.

El presente trabajo se enmarca en una pesquisa bibliográfica y por ello no se llega a conocer cuál es el funcionamiento de cada hospital, sin embargo, presenta las reglamentaciones de ASSE-MSP y qué relación hay con los prestadores privados, y a partir de ello se analiza tales planteos y su viabilidad teniendo una postura crítica desde el Trabajo Social.

El abanico de realidades que permean a la vejez es tan amplio, que por ello este trabajo comenzará analizando el concepto de adulto mayor y los diferentes modelos de familia en el que está inserta dicha población.¹

¹ Al hablar de modelo de familia se refiere a los diferentes tipos de familias en las que viven los adultos mayores sea que viven con otras personas y de diferentes edades. Según la ECH del INE 2008 los diferentes modelos son: Multipersonal con adultos mayores, mayores y niños; unipersonal adultos mayores; bipersonal unigeneracional de adultos mayores; bipersonal multigeneracional adultos mayores con otros; bipersonal multigeneracional adultos mayores con niños; multipersonal solo de adultos mayores.

En primer lugar se describen los objetivos del trabajo y la metodología utilizada para la recaudación de información.

En segundo lugar se desarrollarán los aspectos conceptuales del envejecimiento, planteando los diferentes términos, aspectos demográficos, y las transformaciones que ha vivido la familia uruguaya.

Luego, como tercer capítulo se planteará un panorama histórico y actual de las políticas que ofreció y ofrece el Estado uruguayo para este sector de la población.

Posteriormente en un cuarto capítulo se desarrollará el análisis de las políticas públicas de salud, haciendo una descripción del actual modelo de atención de salud uruguayo; También se describen brevemente otros programas dirigidos a los adultos mayores.

Por último se desglosarán las reflexiones finales producto del análisis crítico de la información recabada.

El presente trabajo intenta mostrar la evolución de las políticas sociales, y por ello es necesario mencionar los conceptos de descentralización y desarrollo local. La descentralización es un proceso social que supone revertir el proceso hegemónico-centralista dando lugar a la toma de decisiones desde administraciones locales. El objetivo es restablecer un equilibrio en lo local, focalizándose en las necesidades concretas de ese espacio determinado. Concretamente en Uruguay, existen los Municipios, que son los encargados de ejecutar las leyes estatales en el territorio y a su vez los encargados de promover y facilitar la interacción con los diferentes agentes locales como son las organizaciones de la sociedad civil y las empresas privadas.

Con esta breve reseña lo que se quiere transmitir es que es de suma importancia para la población Uruguaya tener un sistema de gobierno que apunte a pensar en la ejecución de políticas acordes al tipo de población y a las necesidades concretas teniendo en cuenta las condiciones de vida, el lugar donde se viva, los

con otros; bipersonal multigeneracional adultos mayores con niños; multipersonal solo de adultos mayores.

recursos, las redes, y a partir de ello contribuir a la mejora de estos espacios y por ende a la mejora en la vida cotidiana de las personas.

Según Rodríguez y Rostani al ser Uruguay un país envejecido, con bajas tasas de natalidad, constantes movimientos de emigración y con alta expectativa de vida se pone en juego un imperativo ético que es el de diseñar políticas sociales para la población adulta mayor. El desafío está puesto en que las instituciones y organizaciones trabajen a favor de las necesidades reales de los adultos mayores ofreciéndoles los servicios acordes a las necesidades que presentan y de manera accesible.²

² Extraído del documento; Envejecimiento activo y calidad de vida: una experiencia territorial de trabajo con adultos mayores. Lic. Psic. Mariana Rodríguez, Dra. Susana Rostani. En tercer congreso Iberoamericano de Psicogerontología: Subjetividad, Cultura y Poder. San Pablo noviembre 2009.

Capítulo 1: Objetivos

Objetivos generales y específicos

Pregunta Inicial: ¿Cómo es actualmente el modelo de atención en la salud de los adultos mayores en Uruguay?

Objetivos:

Objetivo General: Contribuir a la problematización del modo de atención que el sistema de salud ofrece a los adultos mayores en Uruguay.

Para lograr este objetivo se proponen las siguientes acciones generales.

- Conocer y describir el proceso de envejecimiento en Uruguay.
- Describir las políticas sociales del país dirigidas a los adultos mayores.
- Analizar cuál es el concepto de salud y vejez que el sistema de salud imparte en Uruguay.

Objetivos específicos:

- Realizar una primera aproximación al panorama de vejez en el Uruguay.
- Identificar y analizar los diferentes programas de salud dirigidos a los adultos mayores brindados por ASSE-MSP.
- Conocer y describir las modalidades de intervención que se realiza en dichos programas en los centros de atención del país.

1.1 Metodología

El presente trabajo tuvo como cometido principal lograr una aproximación a la descripción del modo de atención que los centros de salud de Uruguay ofrecen a los adultos mayores.

La metodología utilizada para alcanzar dicho cometido, se basó en una revisión bibliográfica de diferentes documentos, como ser libros, páginas web, tesis, revistas, entre otras fuentes documentales.

Teniendo en cuenta el planteo de Ander-Egg (1995) se puede decir que el siguiente trabajo da cuenta de un "...proceso que, utilizando el método científico, permite (...) estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines práctico."³

Específicamente en este trabajo, se hizo el ejercicio de indagar sobre qué políticas de salud existen, qué condiciones de salud ofrecen, hacia dónde están dirigidas, cuál es el alcance de las mismas, cuáles existen dirigidas a los adultos mayores, cuál es planteo de las mismas y qué objetivos tienen.

La información recabada es tanto cualitativa como cuantitativa, sobre esta última, se utilizaron principalmente datos del Instituto Nacional de Estadística.

A su vez para el desarrollo del trabajo se asistió a seminarios, congresos, presentaciones de libros, encuentros multidisciplinarios, debates sobre planes y programas vinculados a la salud, discapacidad, accesibilidad, recreación, familia, instancias que de una manera u otra se vinculan con el objeto de la presente monografía.

³ Ezequiel Ander-Egg: "Técnicas de Investigación Social". Ed. Lumen. Argentina. 24º.Pag.59.1995

Capítulo 2: Población Objetivo: adulto mayor.

Concepto y perfil del adulto mayor en Uruguay.

Para comenzar el análisis de la población adulta mayor⁴ se analizarán los datos brindados por el Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2011.

Los resultados del censo del año 2011 se comparan con los resultados del censo del año 2004 y se destaca que la distribución censal por sexo y edad “ratifica la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica⁵ similar a la que se encuentran los países desarrollados”.⁶ El INE señala que el total de nacimientos anuales en el periodo 2004-2011 fue menor al de las defunciones ocurridas en el mismo periodo; por lo tanto el crecimiento poblacional que tuvo el país (3.241.003 personas en el año 2004 paso a ser de 3.368.595 personas en el 2011) se debe a la atenuación del flujo migratorio por la crisis económica en los países de arribo.⁷

Es por ello que al descender la población infantil se constata que en el 2011 hubo un aumento de la proporción de personas mayores de 50 años con respecto al año 2004, esto es a lo que se llama aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno

⁴ En los diferentes textos leídos se identifican diferentes denominaciones que se le atribuye a la población objetivo; viejos, ancianos, adultos mayores, personas de tercera edad, entre otros. Personalmente se elige el termino adultos mayores y a lo largo del trabajo es de la manera que se denomina a esta población (mayores de 65 años).

⁵ La transición demográfica refiere al proceso donde la población pasa de una situación de estabilidad con altas tasas de mortalidad y natalidad a un estado de equilibrio pero en este caso con bajos índices de mortalidad y natalidad.

⁶ Censo 2011. INE. Extraído de la página web: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>. Recuperado el 19 de diciembre de 2013.

⁷ Idem

se relaciona con varios factores que contribuyen a la sobrevivencia de los diferentes grupos etarios.⁸

Este trabajo se focalizará en la población adulta mayor y por ello a continuación se desglosa un análisis de la terminología utilizada para referirse a dicha población.

El término adulto mayor es muy complejo de delimitar ya que existen diversas definiciones dependiendo de la organización, el país, el momento histórico en el que se viva, entre otros factores.

Grandes debates giran en torno a cuál es la franja etaria que se considera adultos mayores pero si nos remitimos al pensamiento de Laslett (2000) podemos analizar la complejidad que tiene caracterizar a dicha población; según dicho autor "El establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente esté determinada por factores biológicos o psicológicos. La categoría viejos es, por consiguiente, un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido."⁹ Esto nos muestra la complejidad que implica conceptualizar el término adulto mayor; en realidad estamos hablando no sólo de una franja etaria de la población, a ello se le suma la forma de actuar, de pensar, de vivir de ellos y de todas las personas en general que conviven con adultos mayores. Entonces no se debe generalizar y fragmentar a la población pensando sólo en la edad, pues hay personas de 50 años que pueden vivir como "viejos"¹⁰ y hay personas de 90 años que se sienten de 50. Por lo tanto los términos utilizados, adulto mayor, anciano, viejo, entre otros como destaca Laslett son términos atribuidos por la sociedad dejando a un lado muchas veces las cualidades individuales de la persona.

Nos preguntamos en qué se basan los investigadores para conceptualizar dicha población, y sobre eso encontramos diversas definiciones.

⁸ Censo 2011.INE.Extraído de la página web:
<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>. Recuperado el 19 de diciembre de 2013.

⁹ Laslett, Peter "Impacto del envejecimiento poblacional en la sociedad". Centro de convenciones Diego Portales Santiago, Chile. Seminario 28 y 29 de agosto de 2000. Pág.35.

¹⁰ A lo largo del trabajo se explica con más detalles a lo que refiere cada término.

Según la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento es un “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.”¹¹ Por lo tanto según la OMS, no podríamos generalizar, pues si de salud hablamos, no todas las personas de 80 años presentan los mismos “síntomas de la edad.”¹²

Según Viguera (2001) envejecer es “como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, proceso en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por este (...) Si bien todos los fenómenos del envejecimiento son dados en todos, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo. El envejecimiento como todo lo humano siempre lleva el sello de lo singular, lo único, lo individual.”¹³

En Uruguay se reconocen diversas terminologías basadas en las diferentes edades de la población; pues el Programa Nacional de Adulto Mayor de Uruguay plantea que el término adulto mayor refiere a la persona mayor de 65 años, dado que es la etapa siguiente al ser adulto y es una continuación de lo que fuimos en las etapas anteriores.

Por otro lado Filardo manifiesta que se puede hablar de tres tipos de edad en dicha población, la edad biológica la edad psicológica o subjetiva y la edad burocrática.

¹¹ Instituto Nacional de Geriatria; Presidente Eduardo Frei Montalva: “Conceptos generales relacionados con envejecimiento”. Gobiernos de Chile. Chile. Extraído de página web: <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>. Recuperado el 22 de setiembre de 2013.

¹² En varios textos se menciona a la vejez con un común denominador de determinados “síntomas propios de la edad” como presión arterial variable, osteoporosis, déficit atencional, poca memoria, reuma, etc.

¹³ Viguera, Virginia “El proceso de envejecimiento”. Curso Virtual de Educación para el envejecimiento. Clase 4.Extraído de página web: <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/clase4.htm2001>. Recuperado el 20 de junio de 2011.

La edad biológica refiere a la "Edad biológica mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales que regula los parámetros básicos de la vida."¹⁴ En esta definición Filardo se refiere específicamente a factores que involucran lo biológico, y la calidad de vida que el individuo tuvo a lo largo de su vida.

Con respecto a la edad psicológica, remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. Por último la edad burocrática tiene que ver con los factores estructurales referidos a las posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales.

Respecto de lo antedicho, la Comisión de la Tercera Edad de la Intendencia de Montevideo (IM) señala que el término anciano corresponde a las personas mayores de 75 años.

Las diversas definiciones y planteos, muestran la importancia de mirar al adulto mayor sin perder de vista ciertos aspectos que refieren a su calidad de vida (presente y pasada), la propia percepción de sí mismo y las posibilidades de participación que tienen en las estructuras sociales. Todo esto puede decirse que hace a la historia del individuo tanto en su vida psico-afectiva, como en su vida social, construyendo así la forma en la cual llega a su vejez.

A nivel de los países de América Latina, Uruguay se destaca presentando "el valor más alto, con 74 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años."¹⁵ Esto se debe a que Uruguay presenta bajos niveles de mortalidad, es decir la población uruguaya es longeva y al mismo tiempo tiene bajos niveles de natalidad.¹⁶ Esto conduce a que la población esté compuesta por un porcentaje

¹⁴ Filardo, Verónica; Muñoz, Carlos: "Vejez en Uruguay ¿hacia una sociología de las relaciones de edad? 2002. Extraído de página web: www.rau.edu.uy/fcs.soc/publicaciones/libros/archivos/2002/12 Recuperado el 10 de junio de 2009.

¹⁵ Fernando Berriel, Robert Pérez Fernández, Soledad Rodríguez: "Vejez y envejecimiento en Uruguay". UNFPA, MIDES, inmayores.Montevideo.2002.

¹⁶ Paredes, Mariana: "Demografía de una sociedad en Transición". Compiladora Varela Petito, C-Trilce. Montevideo 2008. Pág.17.

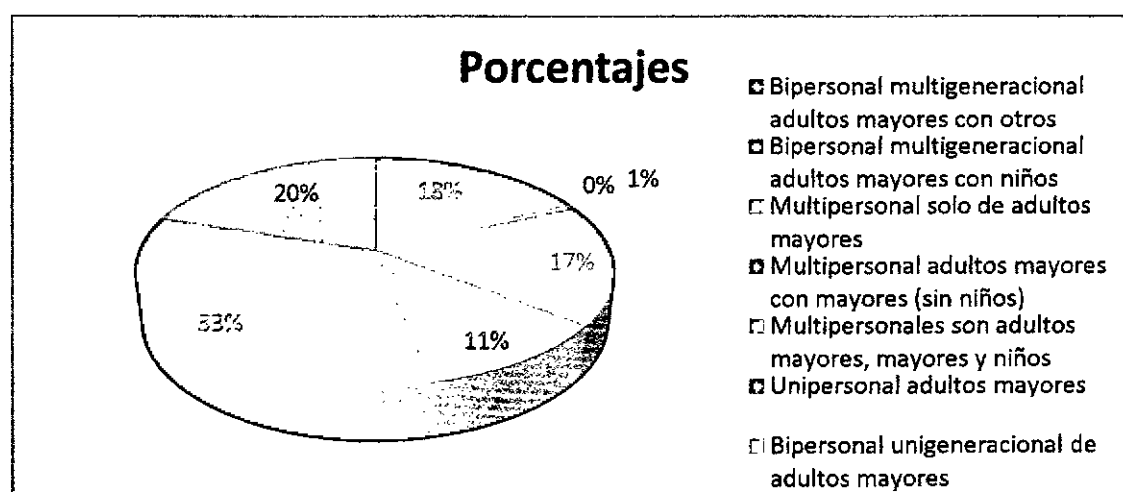
destacado de adultos mayores y por ello se lo considere uno de los países más envejecidos de América Latina.

2.1: Vejez y familia

En el año 2008 según lo recabado por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) un tercio (33,2%) de los hogares del país incluyen adultos mayores. De dicho tercio un 33% viven solos y un 20% en compañía de otro adulto mayor¹⁷; conformando los denominados hogares unigeneracionales y bipersonales.¹⁸

Por otro lado un 18% corresponde a hogares bipersonales multigeneracionales; un 11,3% corresponde a hogares multipersonales (integrados por adultos mayores, otros mayores y niños); y el 17,2 % restante corresponde a hogares multipersonales de adultos mayores con mayores menores de 65 años.¹⁹

Distribución por tipo de hogares con adultos mayores. Año 2008



Fuente: Elaborado por UCU-IPES a partir de la ECH del INE 2008. Extraído de Panorama de la vejez en Uruguay. Federico Rodríguez y Cecilia Rossel. Pág. 38.

¹⁷ Rodríguez Federico y Rosell Cecilia: "Panoramas de la Vejez en Uruguay". Universidad Católica. IPES, UNFPA. Montevideo 2009.

¹⁸ La denominación de hogar bipersonal refiere a que el hogar está compuesto por dos personas y unigeneracional remite a que son de la misma generación, nacidos en la misma época.

¹⁹ Rodríguez, Federico y Rosell, Cecilia: "Panoramas de la Vejez en Uruguay". Universidad Católica. IPES, UNFPA. Montevideo 2009.

El hecho de que los adultos mayores vivan solos es el resultado de un conjunto de fenómenos; según el análisis de Rodríguez y Rosell en algunos casos la familia pasa por distintas etapas, la pareja primero vive sola, luego nacen los hijos, y con el pasar de los años llega la etapa en donde los hijos se van de su casa, entonces es ahí donde los adultos mayores se encuentran conviviendo sin sus hijos. Este fenómeno también se asocia con la llegada de los nietos, entonces al rol de padre, se suma el rol de abuelo. El adulto mayor entonces pasa a cumplir con ciertas obligaciones relacionadas al cuidado de los nietos: llevarlos o ir a buscarlos al centro de estudio, acompañarlos al médico, estar con ellos cuando los padres tienen reuniones, etc. En el caso de los adultos mayores de Montevideo un 6 % declaró encargarse la mayor parte del tiempo al cuidado de sus nietos.²⁰

A su vez los hogares unipersonales son también el resultado de la viudez, es otro factor destacado: “en los 20 años que van desde los 65 años a los 85 años la viudez pasa de afectar al 20 % de las personas a afectar prácticamente al 60%, por lo que se convierte en uno de los rangos más comunes de la población adulta mayor.”²¹

Por otro lado vale mencionar como importante que actualmente los jóvenes tienden a postergar la emancipación y la asunción de roles adultos vinculados a la vida familiar. Esto se refleja en la postergación en el tiempo del casamiento o concubinato motivados por estudiar carreras universitarias, hacer posgrados en el país como en el exterior, entre otras actividades relacionadas al estudio y otros factores que postergan la convivencia con una pareja y la tenencia de hijos. Según los datos recabados por la ECH del INE 2008, las personas jefas de hogares de 40 a 50 años viven con sus hijos en un promedio de casi nueve de cada 10 jefes de hogares, a partir de esta edad la convivencia disminuye pero muy poco, comenzando con el proceso de emancipación.

²⁰ Berriel, Fernando; Pérez Fernández Robert, Rodríguez, Soledad. “Vejez y envejecimiento en Uruguay”. UNFPA, MIDES, Inmayores. Montevideo 2011.

²¹ Rodríguez, Federico y Rosell, Cecilia: “Panoramas de la Vejez en Uruguay”. Universidad Católica del Uruguay, IPES, UNFPA. Montevideo 2009. Pág.: 39-40.

No obstante ello, según el análisis de Rodríguez y Rossell a partir de los 80 años aumenta la proporción de jefes de hogares que conviven con sus hijos, a causa de estrategias de ajuste familiar, ya sea porque la autovalía de los adultos mayores empieza a disminuir, como también como estrategia económica de vivienda, en muchos casos los hijos ante la imposibilidad de comprar o alquilar prefieren vivir con sus padres o suegros.

Por lo tanto según este análisis los jefes de hogares viven en promedio con sus hijos hasta los 50 años y a partir de allí comienza el "vaciamiento" el cual muchas veces se revierte cuando los jefes de hogares tienen 80 años y más.

Continuando con el planteo de Rodríguez y Rosell, debemos analizar también las diferencias por género: el porcentaje de mujeres adultas mayores que viven en hogares unipersonales es diferente al porcentaje de varones, pues las mujeres duplican a los hombres adultos mayores que viven solos. Esto significa que las mujeres tienen mayor probabilidad de finalizar sus días viviendo solas y se afirma con el descenso de los hogares nucleares en las mujeres y no tanto en el caso del varón.

Todo lo mencionado se extrae de la ENH del INE de 1991 a 2008 y se destacan sobre todo el cambio que viven los matrimonios, pues los actuales adultos mayores están inmersos en las altas tasas de divorcios que se presentan en las últimas décadas. Existe un mayor aumento del divorcio y un aumento de las uniones consensuales, pero este fenómeno se diferencia de forma destacada entre hombres y mujeres, el porcentaje de mujeres separadas, divorciadas o viudas es más alto que el de los varones. Las causas son la mayor esperanza de vida femenina, y que en promedio se han unido con varones de mayor edad, pero al divorciarse los hombres tienden a contraer matrimonio por segundas nupcias en mayor medida que las mujeres.

En el caso de los adultos mayores que viven en hogares extendidos también se encuentran diferencias de género que se relacionan directamente con lo mencionado anteriormente, pues son mayores los hogares extendidos con la presencia de una mujer adulta mayor que la de un varón.

A los 60 años una de cada seis mujeres viven con la familia de su hijo/a pero a los 80 la proporción se duplica, por lo tanto este tipo de hogares sigue siendo una

opción de vida para la población más envejecida del país, sobre todo las adultas mayores.

El vivir con otros familiares también se debe al nivel económico que tenga el adulto mayor, en el caso de las adultas mayores (basados en lo mencionado anteriormente) de sectores de menores ingresos existe un 35% de mujeres de entre 65 a 69 años que viven con familiares y un porcentaje de 60% entre quienes tienen 80 años o más. En cambio en las adultas mayores que tienen un nivel socio-económico más alto la opción preferencial es la de vivir solas.²²

Por lo tanto, observamos que hoy en día Uruguay presenta mayor índice de adultos mayores viviendo solos o en pareja, por lo tanto está cambiando el modelo de familias extendidas, ahora muchos adultos mayores viven de manera independiente y no con sus hijos y nietos pero nos preguntamos hasta qué punto esto es posible y cuán independientes pueden ser, las dificultades aparecen en el transcurso de los años y una persona de 80 años deja de tener las mismas capacidades que a los 60.

Destacando los objetivos de la monografía, se piensa en la necesidad de que Uruguay cuente con políticas sociales con programas acondicionados a la realidad familiar de los adultos mayores, considerando que muchos adultos mayores viven solos no porque lo hayan decidido sino también como consecuencia de la soledad por falta de vínculos familiares y relaciones estables.

Son muchas las condiciones de vida que se deben tener en cuenta para establecer propuestas dirigidas a cada uno de los adultos mayores sin olvidar que son todos diferentes y no se puede generalizar las necesidades de los mismos.

El análisis realizado despierta la necesidad de conocer cómo es actualmente el modo de atención hacia los adultos mayores en Uruguay. Pues es considerable pensar que la salud es uno de los aspectos en el que los adultos mayores se encuentran más vulnerables y por eso es de gran interés investigar de qué manera dicha población es atendida en un centro de salud uruguayo.

²² Rodríguez, Federico y Rosell, Cecilia: "Panoramas de la Vejez en Uruguay". Universidad Católica del Uruguay, IPES, UNFPA. Montevideo.2009.

Capítulo 3: Análisis de las políticas Sociales

Para comenzar a hablar de políticas sociales de vejez se hizo una selección de autores que critican el impacto de los programas de vejez señalando las dificultades para llevar adelante un ideal de intervención y ejecución que según estos no siempre se logra. A lo largo del trabajo se quiere dar cuenta de las diferentes posturas que existen en el país ante el diseño de las políticas sociales con el objetivo de que en el transcurso de la lectura se construya un pensamiento crítico dando lugar a la duda y a la reflexión.

Las autoras Lladó y Carbajal señalan que las características de las políticas sociales dependen del contexto sociohistórico y de un conjunto de condiciones que determinan el origen de ciertas políticas. Es por ello que las políticas sociales crean subjetividades porque contienen en sus objetivos una concepción de sujeto y de vejez determinada por la realidad, entonces son las mismas políticas las que producen y reproducen lecturas de la sociedad y de ahí la construcción de un imaginario social de tal o cual forma.

Las autoras retoman el término “viejismo” (tan mencionado por diversos autores) de Robert Butler, el cual aduce a la construcción social de un conjunto de estereotipos discriminatorios, pertinentes a un contexto histórico, social y cultural específico. Son planteos que describen un adulto mayor que molesta, que ya no es útil para la sociedad y en donde se idealiza el hecho de ser joven, bajo un concepto de belleza eterna.

La sociedad ante estos ideales devalúa consciente o inconscientemente el status social de los adultos mayores, llamados “viejos” por las autoras.²³

²³ Las autoras hablan de viejos o adultos mayores indistintamente para poner en tela de juicio el porqué de los prejuicios ante la palabra viejos, queriendo de esta manera dejar planteada la problemática de cuál término es políticamente correcto usar. Maite Ciarnello, Mariana Paredes, Mónica Lladó, María Carbajal: “El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos”; en Envejecimiento, género y políticas públicas. Ed. Lucida Ediciones. Montevideo 2010.

Por lo tanto hacen un análisis del fenómeno "viejismo" identificando al mismo como un enfoque del fenómeno del envejecimiento como prejuicio.

Pero también identifican otro enfoque que surge de la psicología social que denominan como el fenómeno del envejecimiento como concepto de las representaciones sociales. Este segundo enfoque refiere a las relaciones cara a cara con las personas que día a día le dan al adulto mayor un significado y característica a su vida, construyendo su propia identidad recíprocamente.

Según las autoras el envejecimiento y la vejez no es algo homogéneo, ni generalizable. Proponen un análisis desde lo singular (ontológico) reconociendo aspectos socioculturales del envejecer, para diferentes culturas y épocas, teniendo en cuenta rasgos de la personalidad, la historia familiar y personal que el adulto haya vivido.

Es de importancia para las autoras reconocer las diferencias de género en estos contextos.

Por lo tanto la propuesta continúa haciendo una crítica sobre los programas sociales existentes en el Uruguay analizando si es que sus ideas se ven plasmadas en los mismos.

Según Berriel, Paredes y Pérez, existen dos modelos paradigmáticos de envejecimiento: Uno es el tradicional donde envejecer implica pasividad, enfermedad, declive, en donde se relaciona la vejez con la pasividad, la dependencia, las fallas en el cuerpo, pérdida de atributos estéticos y la soledad.

Por otro lado el paradigma que sería el nuevo paradigma o modelo emergente señala una descripción de envejecer donde se destacan ideales de libertad con un buen envejecer asociado a una vida activa, que permite tener una red social y vincular importante que a su vez transmite a su entorno la serenidad y sabiduría propia de la edad.

Según las autoras los programas para el cuidado de los ancianos producen determinados actos e imposibilitan otros: Producen por un lado reclamos, cierta dependencia con un Estado paternalista, pero que a su vez tiene vacíos que implican el

accionar de otros sectores como el privado, con hogares de ancianos, empresas de acompañantes, entre otros.

Esto demuestra que en determinadas circunstancias es el mismo viejo quien debe organizarse para cuidar a alguien o ser cuidado, es la familia la que se moviliza y resuelve las problemáticas del anciano, entonces es la familia la que diseña las estrategias para una mejor calidad de vida del viejo.

Es desde aquí que las autoras plantean acciones dirigidas desde lo territorial y desde redes sociales, apostando a la integración social para un proyecto de vida posible en la vejez.

Esto nos hace pensar en el “imaginario radical” que plantea Castoriadis al referirse a la posibilidad que el sujeto tiene de intervenir, involucrarse en su propio proyecto y en el de los demás, dentro de procesos sociales, pero sin garantizar certezas de nada.

El proyecto vital siempre implica a otro, cada cambio de la persona depende de los demás y viceversa, de eso consiste la vida en sociedad, compartiendo la vida cotidiana. Es así que las autoras piensan que se debe plantear la integración social del viejo.

Ambas autoras en conjunto con Ciarnello y Paredes (2010) afirman que aún se trabaja en políticas públicas con el paradigma tradicional del envejecimiento “se evidencian dificultades para pensar el envejecimiento como un proceso complejo y heterogéneo y para incorporar la posibilidad del cambio permanente.”²⁴ Las autoras analizan las políticas públicas visualizando las fallas que tienen, las políticas aparecen “desarticuladas” lo que las lleva a ser incompetentes para crear las líneas de acción necesarias y continúan de esta manera bajo el paradigma tradicional.

Según las autoras, en Uruguay se destacan claramente dos obstáculos para derribar el paradigma de vejez vigente (tradicional), por un lado la concepción de que

²⁴ Ciarnello, Maite y otros: “El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos”; en “Envejecimiento, género y políticas públicas”. NIEVE. Ed. Lucida Ediciones. Montevideo. 2010.

la política pública para el adulto mayor es un gasto y nunca una inversión. Y como segundo obstáculo la característica de que la política para el adulto mayor es asistencialista, parcial y no integral.

Por su parte, Bergueret y Rodríguez plantean que el porcentaje de adultos mayores sobre la población total es de los más altos de América Latina, y a su vez este porcentaje no está distribuido de manera homogénea; en algunas zonas representan el 30 %, en otras menos de un 10%. Por lo tanto el lugar en donde viven las personas adultas mayores es un factor condicionante del tipo de vida que se desarrolle, es por ello que es fundamental pensar las políticas dirigida a este sector desde una perspectiva de territorio.

Diseñar políticas con una mirada territorial significa que las mismas deben tomar al territorio como objeto de atención pública, según Altair Magri (2011) en las últimas dos décadas el territorio ha sido considerado de gran importancia para el desarrollo de la sociedad y existen dos leyes fundamentales que dan cuenta de ello, la ley de descentralización y participación ciudadana y la ley de ordenamiento territorial y desarrollo sostenible. "Ambas leyes dan significado al territorio porque potencian su institucionalización, otorgando nuevos instrumentos de relacionamiento entre actores públicos y privados, creando formas de comunicación y control ciudadano sobre la gestión pública y el accionar del mercado."²⁵

Es imprescindible pensar en la accesibilidad a la salud, vivienda, transporte, entre otros recursos básicos para su vida cotidiana, pero según Bergueret y Rodríguez vale destacar que más allá de ello, el adulto mayor necesita contención psicológica, compañía para esta etapa de la vida que implica el apoyo absoluto de su familia y el entorno más cercano; está comprobado que la salida del mercado laboral, la soledad, la falta de reconocimiento social, los cambios físicos y psíquicos afectan a la persona más que cualquier factor económico.

²⁵ Magri, Altair: "Un quinquenio cargado de futuro: la descentralización y el ordenamiento territorial en Uruguay". Montevideo 2011. Extraído de página web: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2028-5.pdf>. Recuperado el 12 de febrero de 2014.

Actualmente son muchas las instituciones estatales y asociaciones de la sociedad civil que trabajan en procura de la calidad de vida de estas personas, pasando a ser todo un desafío porque se debe articular entre las ideas nuevas y las ya existentes y a su vez también en la posibilidad de establecer acuerdos entre las distintas organizaciones territoriales para trabajar hacia objetivos comunes que garanticen el desarrollo del lugar.

De esta manera se destaca la importante y necesaria participación de los adultos en la formulación de proyectos futuros, se considera fundamental el aporte que puedan brindar en la formulación de políticas sociales, las organizaciones e instituciones apuestan a un envejecimiento activo que reemplace la postura pasiva de los adultos mayores de otras generaciones.

3.1: Antecedentes Históricos de Políticas Sociales de adultos mayores

Según el informe de Perdomo sobre la oferta pública de programas sociales de protección a las personas adultas mayores, el Estado uruguayo históricamente ha focalizado su accionar en las políticas sociales dirigidas al mercado de trabajo, servicios de salud y educación.²⁶

Por otro lado Tejera señala tres etapas por las que han transcurrido los programas nacionales, concretamente los programas de adultos mayores, estas tres etapas corresponden a tres momentos diferentes en cuanto al foco de atención; la primer etapa corresponde a ofertas de cobertura para los pasivos, la segunda ofertas dirigida a la integración social y la tercera en ofertas para quienes están en una situación de extrema pobreza.

La primera etapa o época comienza en el siglo XIX, en 1930 y se extiende hasta mediados de 1970, "el Estado se preocupó por la prestación centralizada de servicios

²⁶ AAVV: "Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento". Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. IMPO, MIDES. Montevideo. 2009. Pág. 59.

de carácter universal basados en una lógica solidaria, principalmente educación, salud y seguridad social.”²⁷

Aquí se ubican básicamente las pensiones y jubilaciones, en 1954, todos los trabajadores del país estaban incorporados a la seguridad social. A mediados de la década del 60 el sistema de seguridad social ofrecía cobertura casi universal. Se contaba con la caja bancaria, la caja de profesionales universitarios, la de la policía y los militares. “...Las pensiones por vejez remiten al novecientos y al Uruguay de la modernización, en un primer momento en formato contributivo, sistema de pensiones a la vejez con aporte del beneficiario (instaurado en 1896) y luego también con un aporte no contributivo, o sea incorporación de pensiones a la vejez desligadas de la necesidad de aportes previos, realizada en 1919.”²⁸

Pero a mediados de los 70 comenzó a desatarse la crisis del Estado de bienestar y precisamente en América Latina, la crisis del modelo de desarrollo por sustitución de importaciones. Dicho modelo proteccionista recibió críticas por la ineficiencia del Estado en el suministro de bienes y servicios públicos, lo que posteriormente llevó a un consenso que apeló a la disminución del intervencionismo estatal pasando la sociedad civil a tener un rol destacado. Desde la década del 80 la descentralización, las privatizaciones y las tercerizaciones se convirtieron en las principales herramientas de reforma del Estado.

Los principales cambios se dieron en torno a la focalización de políticas sociales dirigidas a los grupos más vulnerables rompiendo con la visión universalista e integradora.²⁹

Las demandas de los ciudadanos y la mala gestión del Estado favorecieron la irresponsabilidad fiscal y un clientelismo que otorga beneficios a los sectores con

²⁷ AAVV: “Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento”. Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. IMPO, MIDES. Montevideo. 2009. Pág. 59.

²⁸ Idem. pág. 90.

²⁹ Idem.

mayor capacidad de organización; el Estado social queda preso del corporativismo y el burocratismo.³⁰

Por otro lado Según Tejera la segunda época transcurre desde 1985 en adelante comenzando con la restauración democrática; como estrategia se apela a la disminución del intervencionismo estatal en aquellos ámbitos de los cuales se encargaría la sociedad civil y el mercado.³¹ De esta manera se comienza a descentralizar las funciones estatales; las privatizaciones y tercerizaciones se convirtieron en la estrategia estatal de reforma desde los años 80.

A partir de 1987 se desencadenan planteos sobre integración social entre diferentes generaciones y ampliación de prestaciones por el notorio envejecimiento poblacional. Aquí Tejera menciona ejemplos como el actual programa de vivienda y de turismo social. También se hace énfasis en actividades deportivas, de integración y participación para adultos mayores. De esta manera los programas nacionales dan un giro hacia aspectos recreativos y de socialización hacia los adultos mayores para de esta manera procurar la integración de dicha población con los demás colectivos.

Según Tejera los planes de vivienda y de turismo social se dirigen a pasivos de escasos recursos, lo que muestra el puntapié inicial para lo que luego serían los programas focalizados en situaciones de extrema pobreza. Si bien los programas no son exclusivamente para personas esta población, los bajos costos permite acceder con facilidad a los servicios que los programas sociales ofrecen.

En 1990 el Banco de Provisión Social (BPS) comienza a aplicar un programa de financiamiento a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) dirigidas a adultos mayores, con énfasis en los aspectos mencionados anteriormente, esto muestra el protagonismo que toma la sociedad civil ante los aspectos en los que el Estado tenía poca experiencia.

³⁰ AAVV: "Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento". Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. IMPO, MIDES. Montevideo. 2009. Pag. 90.

³¹ Idem.

Por lo tanto la segunda generación se caracteriza por un doble movimiento: hacia la ampliación del tipo de prestaciones y hacia la creación de políticas que se adecuen a las nuevas necesidades; marcando la transición hacia los contenidos que tendrán específicamente y de manera ampliada los programas de la próxima etapa.

Por lo tanto la tercera etapa se desarrolla a partir de la segunda mitad de 1990, en donde los programas focalizados en sectores vulnerables se dirigen a los adultos mayores con extremas carencias. Según Perdomo se notó una mejora importante en esta época analizando la calidad de vida de los adultos mayores. Se destaca el programa de jubilaciones y pensiones a la vejez del BPS, el cual Perdomo asegura que la población objetivo del mismo es la afectada por situaciones de pobreza y pobreza extrema.

Los programas iniciados en la época de 1980 están dirigidos a la población de bajos ingresos, jubilados y pensionistas: pero en esta tercera etapa los programas se dirigen a las personas más vulnerables.

Capítulo 4: Salud, programas de salud y su reforma.

Sin lugar a duda el área de la salud es una de las áreas donde más hincapié se hace en los cuidados de los adultos mayores, en este capítulo se redacta el concepto de salud, los diferentes programas de cuidados para adultos mayores y se profundiza en el sistema de salud uruguayo mostrando los cambios que se han dado en los últimos años.

Según la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."³²

Por otro lado se puede mencionar a Villar y Capote (2003) quienes mencionan a la salud como "...una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, condicionado al modo de producción por cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social..."³³

Esta definición engloba dos aspectos fundamentales como son el individuo y su entorno; vincularse y apropiarse de los recursos que la sociedad ofrece según el momento histórico hace que la vida en sociedad se vuelva un factor determinante en las condiciones de salud individuales.

De esta manera los autores mencionados anteriormente muestran su acuerdo con el planteo de la OMS señalando pues que la salud no es solamente la ausencia de

³² Constitución de La Organización Mundial de La Salud. 2006. Extraído de pag. web: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Recuperado el 22 de julio de 2013.

³³ Villar, Hugo y Capote, Roberto: "La salud una Política de Estado: Hacia un Sistema Nacional De Salud". Imprenta Grafine. Montevideo. 2003.

enfermedad si no un conjunto complejo de factores atribuidos no solo a los individuos sino a su entorno y al Estado como garante de las buenas condiciones de vida.

Luego de hacer mención al concepto de salud se describe el proceso de reforma del sistema de salud uruguayo para así posteriormente describir el modelo de salud imperante en el país.

Para contextualizar el proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay es adecuado comenzar por una presentación de los diferentes recursos nacionales: en primer lugar señalamos al Ministerio de Salud Pública (MSP), dicho ministerio fue creado en 1934 estableciéndose como el organismo responsable de establecer normas, regular y controlar el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales.

El MSP apuesta a realizar una reforma en la salud que haga hincapié en los programas preventivos con énfasis en la salud racionalizando el gasto dirigido a una atención en salud de calidad.

En noviembre de 1987 se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de acuerdo a la ley orgánica 15.903 a fin de ejercer "la administración de los establecimientos de atención médica del MSP"(Art. 267). De esta manera se separa la función normativa de la asistencial del MSP.³⁴

La Atención de Servicios de Salud del Estado (de aquí en más ASSE) actualmente posee 65 establecimientos de salud, los cuales se clasifican en policlínicas, centros de salud y hospitales. En cada departamento del país hay un hospital que sirve de referencia para los demás establecimientos de ASSE en el resto del departamento. Hay un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país.³⁵ El MSP también actúa en coordinación con el Banco de Previsión Social (BPS), la Intendencia

³⁴ Organización Panamericana de la Salud: "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay". 2002. Extraído de pagina web: <http://new.paho.org/hss/documents/perfildelsistemadesaluddeuruguay-ES.pdf> . Recuperado el 12 de noviembre de 2011.

³⁵ Idem.

de Montevideo (IM), organizaciones no gubernamentales, mutualistas y sociedades médicas.

La cantidad de centros de atención que existen en Uruguay tanto públicos como privados, son el resultado de años de evaluación y toma de decisiones en los diferentes periodos de reformas que se denominó reforma del sistema de salud uruguayo.

Como se mencionó en el capítulo anterior las políticas de vejez pasaron por tres periodos bien diferentes los cuales se asocian al momento histórico por el que pasaba el país y los países de la región.

Teniendo en cuenta el análisis de Gerardo Sarachu, en la década del 50 Uruguay se encontraba en un período de estancamiento productivo, la industrialización se basaba en la producción de bienes de consumo y existía muy poco desarrollo de maquinarias y herramientas. El modelo implementado era el de sustitución de importaciones, pero se comienza a registrar escasa o nula acumulación de capitales, posteriormente a la segunda guerra mundial los precios de la carne y la lana disminuyeron y con ello la riqueza del país.

Es a mediados de los 50 que comienza a manifestarse la crisis y queda a un lado el país del "modelo batllista" del estado centralista con funciones destacadas en el ámbito social y económico. Por lo tanto se comienza a vivir un período de deterioro en el gasto dirigido a las políticas sociales.

Posteriormente se instaura la dictadura militar recortando notoriamente los programas sociales. La dictadura provoca una reestructuración en el país, a nivel económico se da una reapertura en las exportaciones y una acumulación de capital a través de la disminución salarial.

Posteriormente la entrada masiva de capitales financieros condujo a los gobiernos de la región a la denominada "crisis de la deuda" en los años 80. Posteriormente a la dictadura se desarrollan los programas de "ajustes" dirigidos a

pagar las deudas externas de la crisis, a la década del 90 se la denomina década de la reforma estructural.³⁶

Varios autores plantean que en Uruguay se han desarrollado reformas de “primera generación” y de “segunda generación” y por ello se lo considera como uno de los países con más reformas en una lista de 17 países de América Latina.³⁷

Sin embargo dentro las reformas se consideran atípicas porque tienen un gran componente “estatista” o con predominio de soluciones mixtas, dentro de esta evaluación se ubican la reforma de la seguridad social y la de la educación.

En cambio la reforma de la salud es considerada como una reforma “gradualista” o “trunca” debido a que no se contó con el apoyo de las corporaciones como son las gremiales médicas. Se la denominó como “desobediente” a las tendencias marcadas por los organismos internacionales.

Y por ello se la considero como una buena performance social frente a la situación de otros países de América Latina.³⁸

En 1995 se reforma el sistema de seguridad social, el sistema educativo y surgen propuestas en el sistema de salud que finalmente no se logran pues el gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley del presupuesto quinquenal y en uno de sus artículos se establecía la descentralización de ASSE pero dicho proyecto no fue aprobado.

Según Moreira (2001) la reforma de la seguridad social fue la más importante que tuvo el país dentro de la denominada “segunda generación de reformas”. Según

³⁶ Sarachu, Gerardo: Los procesos de problematización e intervención en trabajo social ante las transformaciones contemporáneas. En Temas de Trabajo Social, Equipo de Trabajo Social del Ciclo Básico-FCS.1999.

³⁷ Organización Panamericana de la Salud: “Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay”.2002. Extraído de página web:<http://new.paho.org/hss/documents/perfildelsistemadesaluddeuruguay-ES.pdf> . Recuperado el 12 de noviembre de 2011.

³⁸ Idem.

la autora Uruguay es "...un ejemplo de reformismo que combina medidas ortodoxas de reforma económica, con reformas sociales que tendieron a la protección del gasto público social, lo que explica en buena medida la mayor capacidad de "amortiguación" que tuvo Uruguay de los costos sociales de la reforma (...) y se hicieron sentir en la alternancia política de los gobiernos después de la apertura democrática."³⁹

Como lo mencionábamos anteriormente al hablar de las reformas "heterodoxas" en 1995 el sistema de seguridad social entró en déficit financiero, perdiendo sus reservas económicas y por tal motivo se crea posteriormente el "sistema mixto". Por lo tanto el sistema de salud se dividió en dos sectores.

El "sistema mixto" se constituyó por un sector público y otro privado; el público dirigido a la población de bajos recursos, con un salario reducido y el privado, dirigido a la población de recursos medios y altos.

Dentro del sector público se ubica subsectores como son; el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Banco de Previsión Social (BPS), la Universidad de la República (a través del Hospital de Clínicas), El Ministerio de Defensa Nacional y el del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial respectivamente), las Intendencias Municipales, El Banco de Seguros del Estado y servicios de salud de otras entidades públicas (entes autónomos y servicios descentralizados).

También existe el Fondo Nacional de Recursos (FNR) el cual otorga ayuda técnica, ortopedia para la atención de prótesis de cadera y de rodilla, como también otro tipo de intervenciones y descuentos en medicamentos.

Por otro lado Uruguay cuenta con un único centro sociosanitario de atención integral al adulto mayor, dependiente de la atención de los servicios de salud del estado (ASSE) llamado Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo. El mismo ofrece servicios de corta, mediana y larga estadía para personas en situaciones de vulnerabilidad que sean usuarios de ASSE en la ciudad de Montevideo. Desde el año

³⁹ Moreira, Constanza: "La Reforma del Estado en el Uruguay: Cuestionando el gradualismo y la heterodoxia". Ed TRILCE 2001. Pág.192, en "Con el Estado en el corazón" El andamiaje de la gobernanza traducción del francés de Laura Masello.

2000 se han realizado reformas en la gestión y administración del centro mejorando sus recursos humanos y materiales. Los cambios implicaron el trabajo de un equipo de gestión y la creación de un plan estratégico que le da un giro al funcionamiento y cambio de nombre; de Hospital-Hogar a Centro Geriátrico.

Por otro lado existe el hospital de ojos ubicado en el Hospital Saint Bois, donde se realizan operaciones de cataratas con múltiples beneficios como el hospedaje para quienes son del interior del país y no tienen dónde hospedarse en la capital, dicho servicio es de manera absolutamente gratuita.

Actualmente la Facultad de Medicina cuenta con un postgrado en Gerontología Social, así también la Universidad Católica ofrece capacitaciones en geriatría y gerontología para licenciados en enfermería.

Otras capacitaciones son ofrecidas por la Sociedad de Geriatría y Gerontología (SUGG), el BPS, el Hospital Piñeyro del Campo y la comunidad Israelita del Uruguay; organizan cursos de formación y capacitación para cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Por otro lado en el subsistema privado se ubican las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IAMC, (instituciones de seguro de pre-pago que brindan una atención integral), las empresas que brindan seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada, (son empresas públicas o privadas que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagos a través del Fondo Nacional de Recursos), los sanatorios y clínicas privadas, y las residencias para ancianos.⁴⁰

Las IAMC'S son los principales componentes del subsector privado, surgen a partir de las inquietudes de los inmigrantes, actualmente dan la cobertura médica a casi el 50% de la población del país.

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud: "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay". 2002. Extraído de página web: <http://new.paho.org/hss/documents/perfildelsistemadesaluddeuruguay-ES.pdf>. Recuperado el 12 de noviembre de 2011.

La normativa vigente identifica tres tipos de IAMC: en primer lugar las asociaciones asistenciales llamadas mutualistas regidas por los principios del mutualismo. Las mutualistas a través de los seguros mutuos brindan a sus socios asistencia médica como el único fin de las mismas. Por otro lado están las cooperativas de profesionales, las cuales tienen capital que ha sido aportado por los propios profesionales que trabajan en ella. También dentro de las IAMC'S están los servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta sin fines de lucro, pensadas para ofrecer servicios médicos al personal de la empresa y a sus familiares.⁴¹

En cuanto a la regulación del funcionamiento de las IAMC'S existe una ley que es solo para las instituciones de asistencia médica, (ley 15.181) la cual define las prestaciones que el sector privado debe brindar, así como las inversiones a realizar y los requisitos básicos para su funcionamiento.

En cuanto al subsector público, el Ministerio de Salud Pública (MSP) como se mencionó anteriormente, se creó en 1934 a través de la Ley Orgánica de Salud Pública con el fin de normativizar, fiscalizar y evaluar la atención a la salud en todo el Uruguay.

En el año 2007 se crean un conjunto de leyes que le dan cabida a una nueva reforma de la Salud, creando nuevos sistemas y planes respectivamente.

Por la ley Nº 18.131 de mayo del 2007 se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social; éste es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

El FONASA actualmente ofrece cobertura de salud a todos sus beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y

⁴¹ La IAMC's "son entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral con algunas limitaciones como, por ejemplo, en alta tecnología y atención odontológica, que no persiguen fines de lucro y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez. Vale decir que existe en ellas una integración vertical de estas dos actividades aunque se evidencia una enorme variabilidad en cuanto a las prestaciones que se realizan a través de servicios propios o contratados a terceras instituciones". Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: Impacto de la regularización M. Buglioli, C. Grau, L. Lazarov, G. Mieres; Departamento de Medicina Preventiva y Social. Cátedra de Economía y Finanzas Públicas. Universidad de la República. Director de Atención

enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado. Con la creación del FONASA el sector público y el sector privado tienen el mismo rol dentro del sistema de salud, ambos son prestadores integrales y los usuarios del FONASA pueden elegir estar afiliados a una IAMC del sector privado o al sector público siendo atendidos en los hospitales públicos del país.⁴²

“Por la ley Nº 18.161 de agosto del 2007 se descentraliza la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándose las funciones de rectoría y de prestación de servicios que antes cumplía el Ministerio de Salud Pública.”⁴³ Dicha ley permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados, ello es muy común en el interior del país, de manera frecuente se efectúa la venta y compra de servicios entre ASSE y el subsector privado.⁴⁴ Sobre esto, La Organización Panamericana de la Salud realiza un informe en el año 2002, el cual señala que lo más relevante en la reforma del sistema de salud fue la creación de ASSE (artículo 275 de la Ley 15.903 del 10 de noviembre de 1987).

Según el informe, la creación de ASSE fue el comienzo del proceso de reforma en la atención a la salud que se relaciona con los cambios que comenzó a hacer el Ministerio de Salud para fortalecer su gestión. Con esto se refieren a proyectos nuevos y sobre todo a la prestación de servicios y en las acciones en determinados programas fundamentales.⁴⁵

Según Abracinskas y López el Ministerio de Salud Pública tuvo un papel relevante impulsando la reforma, se realizaron compromisos de gestión entre ASSE y los hospitales. En cuanto al ámbito privado existe el Programa de Modernización de los Servicios de Salud (PROMOSS) el cual realiza la recolección y procesamiento de datos asistenciales y económicos, para que se conozcan las condiciones en las que se

⁴² Ver Anexo: Ley nº 18.131 “Creación del Fondo Nacional De Salud”.2007.

⁴³ Ver Anexo: Ley nº 18.161. “Administración de Servicios de Salud del Estado”.2007.

⁴⁴ Ver Anexo: Ley nº 18.161. “Administración de Servicios de Salud del Estado”.2007.

⁴⁵ Abracinskas, Lilián y López Gómez, Alejandra: “Uruguay y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de los hechos para las acciones del futuro”. SNS Mujeres.2005. Extraído de página web: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/politicassvr.pdf> pág 21-22. Recuperado en enero de 2014.

encuentran las IAMC'S. De esta manera se pueden ver los problemas existentes en cuanto al funcionamiento y estructura; dicho análisis le permite a las IAMC'S solicitar préstamos a bancos internacionales para mejorar las condiciones del servicio.⁴⁶

Por otro lado la ley Nº 18.211 de diciembre de 2007 refiere a la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), dicha ley plantea que era de entera necesidad de parte del Ministerio de Salud Pública implementar este sistema el cual articulara prestadores públicos y privados de atención a la salud para que todos los habitantes del país pudieran acceder a los servicios de salud.⁴⁷

Dicha ley consta de 76 artículos los cuales detallan las características de dicho sistema, quienes lo integran, así como la explicación de cómo es el financiamiento y quiénes son los usuarios.

El SNIS pretende la accesibilidad, sustentabilidad, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud para toda la población uruguaya.

Respecto a los derechos de los usuarios, implementa programas integrales basados en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) establece acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios. Tales estrategias corresponden al primer nivel de atención donde se detectan factores de riesgo e implementan diferentes programas de promoción y prevención. Ésto, según la ley, implica inversión en tecnología, medicamentos, recursos materiales y humanos.

Dentro de esta ley se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del ministerio de salud pública con el fin de administrar el Seguro Nacional de Salud que crea también esta ley, este seguro también vela por el cumplimiento de los objetivos del SNIS.

⁴⁶ Abracinskas, Lilián y López Gómez, Alejandra: "Uruguay y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de los hechos para las acciones del futuro". SNS Mujeres.2005. Extraído de página web: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/politicassyr.pdf> pág 21-22. Recuperado en enero de 2014.

⁴⁷ Ver Anexo: Ley nº 18.211. "Sistema Nacional Integrado de Salud".2007

Dentro de los programas que se crean, nace el Programa Nacional del Adulto Mayor del MSP (PRONAM), desde el 2006 comienza un proceso dirigido a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, involucrando el sector público y privado así como también a los actores directos.

Este programa se propone contar con recursos humanos técnicos y no técnicos para mejorar la calidad de atención, promoción de la salud y participación activa de los adultos mayores para lograr calidad e independencia en las personas adultas. En capítulos posteriores se profundizará en las características del programa.

4.1 Otras políticas para los adultos mayores

A continuación se menciona la creación de ciertas leyes y programas que procuran la mejora sustancial en las condiciones de vida de la población adulta mayor; dirigen su planteo hacia la promoción de determinados requisitos necesarios para tener una buena calidad de vida.

Como se menciona en el trabajo la presencia del Banco de Provisión Social es un agente muy destacado en las políticas de vejez, en 1997 el BPS crea el programa para la atención de los adultos mayores en situación de calle; el programa identifica y ofrece una respuesta de emergencia donde vincula a las personas a refugios nocturnos respaldados por las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y posteriormente se prevé ofrecer una opción definitiva a través del programa de vivienda para pasivos o de la reinserción familiar.⁴⁸

Retomando al autor Tejera (2009) éste destaca la ley nº 17.796 de agosto de 2004, la cual plantea como objetivo principal promover la integración de los adultos mayores, “entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar

⁴⁸ Rafael Tejera; Políticas de adulto mayor: periodos expansivos y ejes de desarrollo. En “Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento”. MIDES. Montevideo. 2009

la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía.”⁴⁹

El artículo 2 declara que los adultos mayores tienen el derecho a integrarse y participar activamente en la familia, la comunidad, y tienen el derecho a ser tratados dignamente en todos los ámbitos de su vida, tanto psíquica, socioeconómica y físicamente. Así como contar con atención médica, sanitaria integral, acceso a la vivienda, educación, alimentación, abrigo necesario, transporte y recreación.

Estos son entre otros los aspectos que plantea la ley; dentro del artículo 5 se expresa que el adulto mayor debe contar con: “Asesoramiento y protección legal: creando condiciones que garanticen la protección legal del adulto mayor, particularmente cuando ha sido víctima de discriminación o violencia.”⁵⁰ Es sobre éste punto que el autor Tejera analiza que las leyes más actuales manifiestan la necesidad no sólo de contención directa al adulto mayor, sino de políticas que incluyan las relaciones de los adultos mayores con su entorno.

Por otro lado, y continuando con el análisis de las leyes, en el año 2005 bajo la ley número 17.866 se crea el Ministerio de Desarrollo Social el cual tiene el cometido de diseñar, coordinar y ejecutar diversos programas sociales dirigidos a las personas más vulnerables, poniendo énfasis en las situaciones de indigencia y extrema pobreza. La principal intención es mejorar la calidad de vida de las personas que tienen sus derechos vulnerados apostando al acceso de estos y a la no discriminación de las personas.

Dentro de la órbita de MIDES nace el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) siguiendo los objetivos de la ley 18.617 focalizada en la promoción integral de los adultos mayores.

Dentro del MIDES también se crean Institutos y programas dirigidos a la juventud, a los discapacitados y a las mujeres. Desde su comienzo el ministerio ha

⁴⁹ Ley n° 17.796 “Promoción Integral de los Adultos Mayores” Extraído de página web: <http://www.parlamento.gub.uy/Leves/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=>. Recuperado el 20 de enero de 2014.

⁵⁰ Idem.

reforzado las políticas sociales dirigidas a atender situaciones de carencia extrema, apuntando a la redistribución de los recursos.

De los datos relevados por el Observatorio Social del MIDES, se reconocen 93 programas sociales, de los cuales 12 son focalizados en adultos mayores, entre estos se destacan las jubilaciones y prestaciones y por otro lado la atención a adultos mayores en situaciones de pobreza. Estas dos formas son las intervenciones estatales que tiene más de 100 años.

Dentro de los programas que se crean, específicamente para los adultos mayores nace el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM), desde el 2006 comienza un proceso dirigido a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, involucrando el sector público, privado y los actores directos.

Este programa se propone contar con recursos humanos técnicos y no técnicos para mejorar la calidad de atención, promoción de la salud y participación activa de los adultos mayores para lograr calidad e independencia en las personas adultas.

Sobre estas líneas en el 2008 bajo la ley 18.241 el BPS y el MIDES elaboran el programa de Asistencia a la Vejez el cual consiste en brindar transferencia monetaria a adultos mayores sin recursos económicos propios y que aún no alcanzan la edad para jubilarse (de 65 a 70 años). Esto se destaca como importante dentro de las políticas de emergencia para la población que presenta carencias críticas.

Uno de los hechos relevantes en la evolución de las políticas sociales de vejez fue que en mayo de 2010 por decreto presidencial se crea un grupo de trabajo con el objetivo de coordinar un seminario de varios encuentros interinstitucionales que diera como resultado el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados. En un comienzo se focalizó en el diseño de estrategias dirigidas a la infancia, a personas con discapacidad y personas adultas mayores; posteriormente se agregó como población objetivo a los cuidadores o cuidadoras de personas dependientes.

Dicho seminario estuvo integrado por MIDES, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Banco de Previsión Social, entre otros. A su vez dicho seminario contó con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Finalmente como resultado del trabajo realizado por las múltiples instituciones, el 20 de setiembre de 2012 el grupo de trabajo del consejo nacional de políticas sociales presentó la propuesta para la construcción del sistema nacional de cuidados (SNC) llamada "Hacia un modelo solidario de cuidados". La misma es un ejemplar de 67 páginas donde se redactan los acuerdos y convenios internacionales, los principios orientadores y definiciones de cuidados. Así como la explicación de la necesidad de la existencia de un sistema nacional de cuidados en el país el cual determine el tipo de políticas públicas de cuidados.

Concretamente sobre la población adulta mayor se establece la proyección de acciones en dos grandes grupos que son los adultos mayores que asisten a instituciones de larga estadía y los adultos mayores que viven en sus hogares. A su vez se señalan dos instancias que son el diseño y la implementación de diferentes propuestas de acción: para el primer grupo se plantea la creación de Centros de Día y Centros de Referencia. Ante esto necesariamente se marca la importancia de establecer protocolos de intervención con estándares mínimos de intervención acorde a lo establecido en la ley 17.066.⁵¹

También proponen cambiar el modelo de derivación a dichas instituciones y ofrecer la orientación para que los mismos promuevan una atención integral, la autonomía de los adultos mayores, atención adecuada a los diferentes problemas de salud así como a los familiares y cuidadores de los mismos. En general el SNC tiene el objetivo de asegurar la calidad de la asistencia apostando a mejorar la calidad de los mismos en general.

Por otro lado para los adultos mayores que viven en su hogar el SNC propone ofrecer determinadas cantidades de horas de cuidadores o cuidadoras, dentro del hogar o fuera del mismo, sustituyendo de esta manera al cuidador-familiar que suele hacer la tarea.

⁵¹ Dicha ley refiere a la regularización y funcionamiento de los diferentes establecimientos para adultos mayores que ofrecen vivienda transitoria o permanente, sea del ámbito privado a público.

También se propone el servicio de Teleasistencia, este dispositivo es de rápida respuesta, teniendo una comunicación directa con las personas y los servicios que pueda necesitar así como también la posibilidad de recordarle a la persona la ingesta de medicamentos.

El SNC también hizo un análisis de la realidad de los adultos mayores que viven en los complejos habitacionales del BPS y considera que es apropiado ofrecerle respuestas integrales acordes a la demanda de cuidados que presentan; se quiere modificar la pérdida de autonomía que en muchos se visualiza.

Por otro lado en el año 2012 el Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor presentó el primer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEV) con el cual el gobierno asume el desafío de ampliar los mecanismos de protección de derechos de las personas mayores. En dicho plan se señala el cumplimiento lo establecido por la Ley Nº 18.617.

Por lo tanto INMAYORES promoverá el acceso a la atención integral de la salud de los adultos mayores desde la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada. La ley 18.617 detalla que el instituto se compromete a colaborar con el ministerio de salud pública estableciendo los requisitos necesarios para el correcto funcionamiento de los centros de salud y residencias, así como en la promoción del uso de medicación para uso gerontológicos con costos reducidos.

Una de las condiciones a destacar de la presente ley es el acuerdo de trabajar en conjunto con los diferentes programas vinculados a la vivienda y alimentación para garantizar el acceso a dichas necesidades.

En esta ley se establece también la necesidad de capacitar a los técnicos y diferentes funcionarios que estén vinculados con los adultos mayores así como a las personas que quieran capacitarse para tener herramientas en el cuidado de la población.

También se destaca la promoción de la vida activa de los adultos mayores con actividades educativas, recreativas, como son talleres, cursos, concursos intergeneracionales, paseos, entre otros; diversas actividades que promueven la

inserción social y el conocimiento de los cuidados oportunos acordes a las edades de los adultos mayores. Sobre estas líneas también se encuentra trabajando y con más años de experiencia en ésto, la Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia de Montevideo.

El Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez es el resultado de un proceso de construcción participativa, cabe destacar que tuvo el aporte de la Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (REDAM) y de comisiones técnicas interinstitucionales.

Según la directora de INMAYORES Adriana Rovira (2012) este plan es el primer logro hacia la incorporación de la visión de vejez como ciclo de vida y la perspectiva de envejecimiento como proceso; esto debido a tres motivos bien destacados: “un desarrollo conceptual innovador vinculado a la vejez y el envejecimiento; una articulación de las prioridades orientadas a las personas mayores mediante consenso; y la intervención del Estado en espacios de los que estuvo largamente ausente en la generación de mecanismos de protección para las personas mayores.”⁵²

Este plan señala acciones prioritarias a favor de la ejecución de los derechos básicos de los adultos mayores y define la intervención del Estado en lugares donde aún quedan huecos o continúan las dificultades para el acceso de los derechos fundamentales.

4.2: Programa del Adulto Mayor del MSP

Con respecto al Programa del Adulto Mayor del MSP creado en el año 2005, “se procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los adultos mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y

⁵² Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez. MIDES .2012.Extraído de página web: http://inmavores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21341/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf. Recuperado el 9 de febrero de 2014.

participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.”⁵³

El programa tiene el cometido de trabajar el concepto de salud desde la prevención, haciendo énfasis en la calidad de vida, un modo de vida saludable en cuanto a hábitos ya sean alimenticios, deportivos, recreativos, los que conducen a un envejecer en mejores condiciones.

Para esto el programa plantea la necesidad de contar con organizaciones de atención y servicio dirigido a los aspectos sociales, ambientales y habitacionales. El adulto mayor debe contar con un espacio de participación y sobre todo protección. La calidad de vida remite a vivir en una casa confortable y adecuada a las necesidades de cada persona, tener un entorno social acogedor, momentos de esparcimiento y recreación con los pares. Al momento de ser atendido el sistema de atención integral supone organizar las necesidades multidimensionales del adulto mayor siendo atendido con una postura global de la persona, esto refiere a considerar a la persona como un todo.

El programa plantea que para lograr lo antedicho el sistema debe ser “accesible, los servicios y programas deben ser coordinados y multidisciplinarios, con responsabilidad compartida, debe ser un modelo equitativo y sostenible, y apostar al aseguramiento de la calidad y mejora continua.”⁵⁴

Ser accesible implica difundir y hacer conocer los recursos y oportunidades de atención sin discriminación por edades o situación económica, el ministerio propone trabajar en la eliminación de barreras ambientales, psicológicas y culturales apostando a la satisfacción de las necesidades de la sociedad.

Otro punto que establece el MSP es que los servicios y programas de salud deben ser coordinados y multidisciplinarios, con ello remite a un enfoque integral para

⁵³ Programa Nacional del Adulto Mayor-MSP. Extraído de:
[file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20\(4\).pdf](file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20(4).pdf). Recuperado el 12 marzo de 2012.

⁵⁴ Idem.

asegurar que todo funcione de forma armónica, cada actividad en la atención primaria de promoción, prevención, orientada al manejo y control de problemas habituales, rehabilitación y atención paliativa, debe ser abordada de forma integral.⁵⁵

Para lo antedicho se debe aprovechar recursos existentes y desarrollar servicios diferenciados comunitarios y hospitalarios que incluyen centros diurnos, atención geriátrica domiciliaria, unidades de rehabilitación y media estancia y unidades de evaluación geriátrica.

Un aspecto importante que plantea el MSP es que se debe establecer un sistema de evaluación estandarizada de las necesidades de los usuarios adultos mayores, sobre todo de los más vulnerables, en donde se señale el tipo de atención que el mismo debe tener según la complejidad de sus necesidades.

Sobre lo antes expuesto se dialogó con el sociólogo Ricardo Alberti⁵⁶ quien es el director del programa, el mismo señala que existe un decreto y contrato de gestión que establece acuerdos entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el sistema nacional integrado de salud de acuerdo a lo dispuesto en la ley 18.211. En el caso de que los prestadores no cumplan con los acuerdos establecidos la JUNASA tiene la potestad de disponer la suspensión temporal o definitiva del pago de la cuota salud.

También Alberti señala la importancia de la existencia de diversas metas que elabora el equipo de metas asistenciales de la JUNASA, cada una de las metas cuenta con diferentes condicionantes que establecen objetivos para lograr efectivamente el cambio en el modelo de atención en salud y por consiguiente que no es menor, el pago del FONASA a las instituciones está sujeto al cumplimiento de las metas.

Siendo muy sistemáticos, el conjunto de metas que comenzaron a regir en el año 2008 se pueden dividir en tres grandes grupos: Salud del niño y la embarazada;

⁵⁵ Programa Nacional del Adulto Mayor-MSP. Extraído de:
file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20(4).pdf. Recuperado el 12 marzo de 2012.

⁵⁶ En el año 2011 concurrí al Ministerio de Salud Pública específicamente al área del programa del adulto mayor y allí Ricardo Alberti se ofreció a dialogar conmigo a modo de entrevista informal. Como resultado de dicha instancia obtuve la información expuesta.

Recursos Humano y Adulto Mayor. La primera refiere a la salud de la mamá y el recién nacido hasta que tenga un año. La segunda meta refiere a la gestión de los centros de salud con personal adecuado para atender a los afiliados, dicha meta (en el año 2009) fue modificada señalando como segunda meta la existencia de un médico de referencia. Por último la tercera meta refiere a la población adulta mayor.

Profundizando sobre la tercera meta lo que se señala en la misma es el uso obligatorio del carné del adulto mayor, Alberti hizo hincapié en la exigencia del uso del mismo en todos los centros de salud del país sean del ámbito público o privado y en la posibilidad a futuro de que toda la información del adulto mayor (historial médico) se encuentre en el sistema informático y se acceda al mismo en cualquier centro de atención médica del país.

Además se señala la importancia de socializar la información de los adultos mayores que se obtiene del registro en el carné con otras instituciones del Estado, que están directamente implicadas con la salud como son la vivienda, las pensiones sociales, jubilaciones, transporte, entre otros. Es por ello que el MSP plantea que se debe establecer instancias de coordinación con todos los programas que tengan que ver con los temas como discapacidad, nutrición, salud bucal, género, sida, violencia, salud mental, etc.

El carné del adulto mayor debe ser completado por cualquier miembro del equipo de salud que conozca de que se trata el mismo y en el caso de que el adulto mayor no pueda responder solo, se debe pedir la información al acompañante. La información debe actualizarse en diferentes periodos de tiempo según las edades y patología de los adultos mayores, una vez al año, cada tres meses o cada vez que existan cambios de información. Dicho requisito se explicita en la meta 3, así también se exige que dichos controles, los cuales son periódicos, gratuitos y obligatorios se realicen con el médico de referencia.

El carné consta de diferentes partes para completar, en una parte se colocan los datos personales y en los demás espacios se completa según las respuestas del

paciente: situación funcional, situación mental, situación social, situación física, problemas de salud y medicación.⁵⁷

Con el carné se visualizan aspectos que valoran al adulto mayor desde una mirada integral, global, en su conjunto los ítems a completar describen la calidad de vida que el adulto mayor tiene.

El uso adecuado del carné permite a los médicos tener un seguimiento del estado de salud del paciente y considerar aspectos globales de la vida del mismo. Es muy importante completarlo siempre por el médico tratante para tener el registro de la consulta. Con este carné se consideran aspectos relevantes para la vida de las personas mayores como son la contención de las redes familiares primarias, las condiciones de la vivienda, las condiciones físicas, la alimentación, las dificultades cognitivas, el estado anímico del paciente, si desarrolla alguna actividad de esparcimiento, niveles de visión y audición, etc. Al completar el carné el médico detecta factores de riesgo y cierto déficit en la vida cotidiana de la persona.

El uso del carné contribuye también a mejorar la atención en casos de emergencias; al ser un documento ambulatorio el paciente cuenta con este dispositivo que tiene en su poder y el médico de emergencia sin conocer previamente a la persona puede obtener toda la información como una breve historia médica en el momento de atenderlo.

En la página web de ASSE hay un instructivo que explica con detalles como completar correctamente el carné y qué consideraciones tener al respecto de las respuestas que brinda el paciente.

Vale aclarar que el uso del carné no sustituye el registro de información en la historia clínica del adulto mayor, pues también se registra información en la misma.

Durante la experiencia mencionada en la Introducción, en la práctica pre profesional en el Área de Geriatria del Hospital de Clínicas, se observó que en lugar de este carné, se utiliza un formulario que contiene preguntas no presentes en este

⁵⁷ Ver anexo: Carné del Adulto Mayor.

último, las cuales se consideran de gran aporte a la hora de realizar una valoración del estado de salud del adulto mayor.⁵⁸

El interés por describir la ficha utilizada en Geriatria del Hospital de Clínicas se basa en que la misma es utilizada específicamente para valorar las condiciones sociales de la persona. Es pues una Licenciada en Trabajadora Social la que se encargaba de la entrevista. Por tanto resulta pertinente comparar el tipo de información que le interesa obtener a un área especializada en vejez con el carné del adulto mayor que es utilizado a nivel nacional por cualquier médico. Es importante destacar que los pacientes que concurren a Geriatria del Hospital de Clínicas han sido derivados por otros especialistas que consideran que el paciente padece una situación de riesgo.⁵⁹

Debido a lo antedicho algunas de las preguntas de mayor importancia son las vinculadas a la detección de una situación de riesgo, se le pregunta al paciente si ha existido algún intento de autoeliminación, abuso o maltrato en la calle o en su casa (si siente que lo tratan bien y le hablan con respeto). Se le pregunta también cómo considera su estado de salud general, que opina sobre sus ingresos económicos, si siente que el dinero personal es manejado adecuadamente y quien aporta el mayor ingreso económico en el núcleo familiar.⁶⁰

Ambos cuestionarios destacan la importancia de registrar los datos de un familiar o cuidador principal del adulto mayor, la situación de la vivienda (alquilada, propia, usufructo, agregado, etc.), el consumo de sustancias psicoactivas, si tiene alguna actividad "rehabilitadora": participa en grupos recreativos, deportivos, etc.

Del formulario de Geriatria del Hospital de Clínicas es importante destacar la información que se obtiene sobre las redes sociales y sobre las condiciones en que se

⁵⁸ Ver Anexo: Ficha "Policlínica Social de Geriatria".

⁵⁹ Son considerados factores de riesgo: La situación de calle, pérdida de la capacidad funcional, ausencia de cuidador potencial, vivir solo/a o en pareja, viudez reciente, bajos ingresos económicos, ausencia de soporte familiar, social y comunitario, migración familiar, cambio de domicilio, situación familiar deficitaria, abuso, negligencia, violencia, conductas adictivas del anciano o familiar. Extraído de sistematización MIP II año 2009.

⁶⁰ Información extraída de la Sistematización de la materia Metodología de la Intervención Profesional II, año 2009.

encuentran. Se hace énfasis en el entorno, ya que se considera fundamental para la vida cotidiana del adulto mayor y por ello se hace un genograma.⁶¹ En cambio en el carné del adulto mayor las preguntas en su mayoría son de respuestas cerradas (se responde sí o no) y no se pregunta sobre la salud y las características de los familiares. Quizás este aspecto es interesante tenerlo en cuenta para procurar una valoración más amplia sobre los referentes y potenciales cuidadores del adulto mayor.

Continuando con la propuesta del programa del adulto mayor del MSP se describe en la misma que la responsabilidad del Estado debe ser acompañada también por la responsabilidad de actores diversos como son la familia, los grupos comunitarios, gobiernos locales y diferentes organismos empapados en el tema.

Dicha propuesta plantea como uno de sus objetivos que la atención sea considerada como un sistema – modelo de atención equitativo y sostenible. Esto refiere a que todas las personas deben tener acceso a los servicios cualquiera sea la condición de la misma debiendo valorar el contexto socio cultural dando respuestas sustentables y acordes al mismo.

El programa señala que los servicios de salud deben ser adecuados en cuanto a la competencia, seguridad, accesibilidad, eficiencia, satisfacción del usuario y continuidad en la atención y en el programa en general. Para esto el programa señala la necesidad de capacitaciones constantes para los trabajadores como así también para las familias y el entorno de los adultos mayores.

Por otro lado La Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana.

Como objetivo general el programa señala: "Contribuir a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores usuarios de ASSE en Montevideo, mediante una estrategia de atención integral a su salud, con enfoque territorial, articulando los programas prioritarios y la planificación local, impulsando la promoción y la prevención, y

⁶¹ El genograma es un dispositivo que permite visualizar rápidamente como está compuesta la familia y cuál es la condición socio-económica de la misma. En el formulario de Geriatria del Hospital de Clínicas se pregunta el tipo de parentesco, la edad, escolaridad, ocupación, lugar de trabajo, ingresos y las condiciones de salud de cada uno de los miembros mencionados por el adulto mayor atendido.

enfoque participativo, comunitario, multisectorial, e interinstitucional, del proceso salud-enfermedad de los Adultos Mayores.”⁶²

La Red de Atención Primaria (RAP) quiere consolidar un nivel de atención territorial que permita realizar prevención específica, detección precoz en los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población del departamento de Montevideo.

Como objetivos específicos señalan la necesidad de realizar diagnósticos continuos de la situación de salud del área para tener referencias de la comunidad y a su vez para señalar acciones de trabajo en el equipo de salud. Dicha acción corresponde a organizar los servicios de forma accesible, continua, identificando las actividades y recursos necesarios trabajando en equipo y con la participación ciudadana.

Los objetivos específicos del programa apuntan a la realización de diagnósticos continuos de la situación de la salud por zonas (centro-sur, este y oeste de Montevideo), de esta manera se accede a información que permite desarrollar un trabajo en conjunto entre el equipo de salud y la comunidad. Ello hace hincapié en el trabajo en equipo y la participación social, que es otro de los objetivos planteados por tal programa.

Por otro lado se destaca la importancia de organizar los servicios de forma accesible y oportuna señalando la importancia de reconocer los recursos que sean prioritarios en la zona y trabajar al respecto de manera continua.

Otro objetivo remite al cumplimiento de los planes y rendición de cuentas individuales y colectivas de las metas alcanzadas y de los obstáculos presentados para repensar y reprogramar las actividades a desarrollar.

⁶² Unidad de Reconversión del Modelo de Atención-RAP-ASSE. Dr Geriatra Gabriel Wajner. Programa del Adulto Mayor: “El cambio del Modelo de Atención a los Adultos Mayores”.2008
https://www.google.com.uy/?gws_rd=cr&ei=h6MkU5e8P0rG0AGhu4C4Ag#q=Unidad+de+Reconversi%C3%B3n+del+Modelo+de+Atenci%C3%B3n+-+RAP-ASSE Recuperado el 27 de octubre de 2011.

Desde las diversas policlínicas se pretende identificar la población de adultos mayores, según grupos de edad y sexo, para cada división territorial (Áreas, Zonas, Regiones), de esta manera se identificará la población de adultos mayores con diferentes problemáticas.

La RAP tiene un formulario para la detección de personas mayores vulnerables destacando el uso del cuestionario de Barber,⁶³ el cual detecta el nivel de riesgo que pueden tener los adultos mayores.⁶⁴

Específicamente con el formulario se valora la nutrición del paciente, los niveles auditivos, deglutorios, de disfonía y los relacionados con los mareos y equilibrio.

En el caso de detectar “problemas de memoria” se desarrolla el test de Pfeiffer y la escala de Yessavage, los cuales también están indicados en el carné del adulto mayor.⁶⁵

El test de Pfeiffer⁶⁶ se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El profesional le hace las 10 preguntas al paciente y si sabe leer debe tener menos de tres errores. En el caso de que el paciente no sepa leer se consideran 4 errores como máximo para considerar la posibilidad de existencia de deterioro cognitivo.

El test permite identificar la memoria a corto plazo, la información sobre los hechos de la vida cotidiana y la capacidad de cálculo, es un test sencillo y de rápida aplicación.

Además se realiza la escala de Yesavage como instrumento para valorar el nivel afectivo. Con dicha herramienta se quiere detectar posibles síntomas de depresión. Si

⁶³ Ver Anexo: “Cuestionario de Barber”.

⁶⁴ Unidad de Reconversión del Modelo de Atención-RAP-ASSE. Dr Geriatria Gabriel Wajner. Programa del Adulto Mayor: “El cambio del Modelo de Atención a los Adultos Mayores”.2008
https://www.google.com.uy/?gws_rd=cr&ei=h6MkU5e8P0rG0AGhu4C4Ag#q=Unidad+de+Reconversi%C3%B3n+del+Modelo+de+Atenci%C3%B3n+RAP-ASSE Recuperado el 27 de octubre de 2011.

⁶⁵ Ver Anexos: Escala de Yesavage.

⁶⁶ Ver Anexos: Escala de Pfeiffer.

se detecta cierta depresión el paciente debe ser tratado y muchas veces las enfermedades depresivas pasan desapercibidas o son ocultadas por los adultos mayores debido a la estigmatización social vinculada a las enfermedades de la salud mental. El sentido de aplicar este test es para no pasar por alto determinados síntomas que pueden ser muestra de alguna enfermedad depresiva.⁶⁷

Continuando con los objetivos que plantea ASSE los mismos se dirigen a la organización de servicios de forma accesible, oportuna y continúa identificando las actividades y recursos necesarios. Para ello proponen hacer capacitaciones a los equipos de salud para la detección de los adultos mayores vulnerables así como en la prevención y manejo de los principales síndromes geriátricos.

Desde el año 2005 se han hecho capacitaciones de sensibilización sobre el deterioro cognitivo, la depresión en los adultos mayores, caídas, abuso, maltrato y negligencia.

Otro de los objetivos del programa es aplicar la Guía de prevención de los problemas de salud prevalentes en adultos mayores, dicha guía señala determinados protocolos para atender los síndromes geriátricos.⁶⁸

Uno de los puntos centrales de esta Guía es la promoción de la salud en la comunidad a través del uso del carné del adulto mayor (Decreto N° 159/2006). Como lo mencionamos anteriormente esta herramienta que es ambulatoria, contiene información relevantes y básicos de la situación bio – psico – social y funcional de los adultos mayores; el mismo le permite un fácil acceso y contacto con efectores de salud en cualquier nivel de salud.

Desde el programa se quiere conformar una red de servicios destinados a la Atención Integral de los Adultos Mayores, creando consejería y apoyo a las personas que tienen a su cargo el cuidado de adultos mayores en la comunidad; formar equipos

⁶⁷ Parte I modulo de valoración clínica. Modulo III: Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Organización panamericana de la salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Extraído de página web: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf> Recuperado el 8 de marzo de 2014.

⁶⁸ Ver en anexo: Protocolo para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos; MSP – Dirección General de la Salud. Año 2007.

interdisciplinarios referentes, establecer policlínicas de geriatría en las tres regiones de la RAP en Montevideo, para apoyo de los equipos de salud y para interconsulta solicitada por el médico de cabecera.

Se busca, a su vez, poner en funcionamiento un sistema regionalizado de seguimiento domiciliario de los adultos mayores, en especial de enfermería domiciliaria continuada y programada.

También se piensa en diseñar un sistema de referencia y contra referencia con efectores de los otros niveles de atención, estableciendo para cada recurso y nodo de la red un perfil de calificación de usuario y criterios de derivación.

A modo de conclusión se puede decir que los diferentes programas plantean un abanico de propuestas estratégicas apostando a una atención en salud integral y preventiva. Los programas de salud toman como referencia los principios señalados por el Programa Nacional del Adulto Mayor del MSP y diseñan las formas más adecuadas de trabajo acordes al tipo de servicio de salud (hospital, centro de salud, policlínica, etc.) pensando con una mirada territorial, acorde a las necesidades y derechos de la población.

Reflexiones finales

Concluyendo con el trabajo y pensando en las reflexiones que emergen de tanto tiempo de indagación se puede decir con firmeza y siguiendo los planteos de los autores mencionados que Uruguay está avanzando en términos de políticas sociales que focalizan su diseño en la protección de los derechos de los adultos mayores.

Los adultos mayores están transitando por un período de reformas que procuran mejorar la calidad de vida y contribuyen a la concientización sobre el envejecimiento en todos los grupos etarios. Se apuesta a un adulto mayor activo vinculado positivamente con otras generaciones, promoviendo el rico intercambio intergeneracional.

Con respecto a los programas y planes dirigidos a la atención de los adultos mayores se dio un giro sobre el concepto de salud: la reforma de la salud se propone trabajar desde la prevención y para ello abre un gran abanico de estrategias que buscan hacer de la población de adultos mayores una franja etaria que al igual que las demás participe activamente en la sociedad. Para ello la intención es estimular el cuidado de la salud para tener buenas condiciones físicas, anímicas y económicas que den la posibilidad de estar y sentirse bien.

Son múltiples las estrategias sociales y económicas descritas en el presente trabajo las cuales muestran el entorno en donde se encuentran los adultos mayores uruguayos; el sistema de salud procura que los adultos mayores sean valorados de una manera integral, con ello se refiere a la atención con cometidos dirigidos a la "investigación, sensibilización, información, orientación, asesoramiento a individuos, grupos, organizaciones, familias, educación, promoción, prevención, derivación, seguimiento, evaluación y registro sistemático".⁶⁹

El modelo de atención a la salud avanza y crece junto con la población uruguaya, la misma que se transforma con el pasar de los años; son los cambios, las

⁶⁹ Extraído de AAVV: "Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento". Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. IMPO, MIDES.2009. Pág. 125

transformaciones las que conducen a los programas a buscar nuevas estrategias de intervención para adecuarse a las demandas existentes.

A partir de dicha investigación se puede caracterizar a los programas de salud uruguayo en un proceso evolutivo dirigido a la participación de la población adulto mayor. El sistema de salud diseña políticas con tal enfoque para que de esta manera las personas se sientan parte de las políticas de vejez desde antes de llegar al momento de hacer uso de las mismas, el participar significa comprometerse con uno mismo y con su entorno y ello implica compromiso desde la vida cotidiana, es desde el día a día donde se construye un futuro saludable. Los programas de salud no buscan simplemente el control de la salud desde los aspectos fisiológicos, sino desde la prevención y mejoramiento de la salud a partir de la vida socialmente activa.

Romper con la barrera de concurrencia a centros de salud sólo en caso de enfermedad es el mayor obstáculo que los adultos mayores deben superar, los programas actuales se desempeñan en promover el pensamiento preventivo en las próximas generaciones de adultos mayores; es tarea de todos considerar tales beneficios para contribuir a una mejor calidad de vida en el futuro.

A partir de lo antedicho surgen interrogantes como si efectivamente existe educación en salud: la prevención, promoción, cuidados, educación en general sobre las buenas condiciones de vida en el sentido bio-psico-social. La pregunta es si realmente se enseña a las generaciones más pequeñas sobre el cuidado de la salud, concientizándolos sobre el proceso de envejecimiento: como envejecer saludablemente. ¿Esto es así efectivamente? Y una vez que se llega a los 65 años ¿existe una verdadera valoración integral con el uso del carné del adulto mayor? ¿Se utiliza realmente? ¿Con qué fines? ¿Contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor?

El trabajo muestra la evolución favorable de las políticas sociales de salud, sus características y funcionamientos pero como investigaciones futuras se podría indagar sobre la ejecución de las mismas para corroborar y describir así como para recoger opiniones de los propios beneficiarios sobre el funcionamiento de los programas.

Otra interrogante que surge, es sobre la formación de profesionales en carreras educativas como gerontología, geriatría, carreras vinculadas a los adultos mayores. Si se piensa en los datos estadísticos Uruguay como país envejecido: ¿promueve la capacitación para trabajar en el cuidado y prevención de salud de esta población?

Es posible así plantear como futuros lineamientos u objetos de estudio para posteriores trabajos, por un lado indagar sobre la educación en salud como estrategia de prevención de enfermedades y mejoras en la calidad de vida y por otro, estudiar la existencia de formación de profesionales especializados en la salud de los adultos mayores.

Bibliografía

- AAVV: Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos. NIEVE. Montevideo. 2010.
- AAVV: "Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento". Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. IMPO, MIDES. Montevideo.2009.
- Ander-Egg, Ezequiel: "Técnicas de Investigación Social". Ed. Lumen. Argentina. 24°.1995.
- Berriel, Fernando; Pérez Fernández, Robert; Rodríguez, Soledad. "Vejez y envejecimiento en Uruguay". UNFPA, MIDES, Inmayores. Montevideo 2011.
- Bertino, Magdalena y otros: "La larga marcha hacia un frágil resultado. 1900-1955", parágrafo 3: "el primer Batllismo, la crisis de 1913, la guerra y después (1900-1930), en Instituto de economía, "El Uruguay del siglo XX". La economía, EBO, Montevideo, 2001.
- Calvo, Juan José y Mieres, Pablo: "Nacer, crecer y envejecer en Uruguay. Propuestas concretas de políticas de poblaciones". Rumbo. UNFPA. Montevideo 2008.
- Ciarnello, Maite y otros: "El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos"; en Envejecimiento, género y políticas públicas. Ed. Lucida Ediciones. Montevideo.2010.
- Cordero, Liliana; Cabanillas, Silvia ; Lerchundi, Gladys: "Trabajo social con adultos mayores- Intervención profesional desde una perspectiva clínica". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.2003.

- Huenchuan, Sandra; Paredes, Mariana : “Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: Continuidades y rupturas.” Trilce. Montevideo.2006.
- Ludi, Carmen: “Envejecer en un contexto de (des)protección social”. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.2005.
- Minois, George: “Historia de la vejez”. Ed. Nerea, Madrid España. En Sánchez, Carmen 2000. Gerontología Social. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina. 2000.
- Moreira, Constanza: “La Reforma del Estado en el Uruguay: Cuestionando el gradualismo y la heterodoxia” en “Con el Estado en el corazón” “El andamiaje de la gobernancia” traducción del Frances de Laura Masello. TRILCE Montevideo.2001.
- Rodríguez, Federico y Rosell, Cecilia: “Panoramas de la Vejez en Uruguay”. Universidad Católica del Uruguay, IPES, UNFPA. Montevideo.2009.
- Villar, Hugo y Capote Roberto: “La salud una Política de Estado: Hacia un Sistema Nacional De Salud”. Imprenta Grafine. Montevideo. 2003.
- Paredes, Mariana: “Demografía de una sociedad en Transición”. Compiladora Varela Petitto, C-Trilce. Montevideo 2008.

- AAVV: Sistematización de la Práctica Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Departamento de trabajo social. Metodología de la Intervención Profesional II. Supervisión: Vejez-Adulto Mayor. Profesoras Teresa Dornell y Mariana Aguirre. 2009.
- Abrancinskas, Lilián y López Gómez Alejandra: Uruguay y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de los hechos para las acciones del futuro. SNS Mujeres. Montevideo.2005
<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/politicassyr.pdf> pág 21-22. Recuperado el 15 de julio de 2012.
- Aguilar, Baltasar: Hacia un nuevo modelo de atención a la salud. Dr. Baltasar Aguilar.
<http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/hacianuevomodelo.pdf>
Recuperado el 29 de abril de 2012.
- Boletín Metas Asistenciales de JUNASA, n° 23. Marzo de 2012.
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Metas%20-%20Boletin%2023_0.pdf Recuperado el 24 de enero de 2014.
- Buglioli,M; Grau,C; Lazarov,L; Mieres,G; Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: Impacto de la regularización. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Cátedra de Economía y Finanzas Públicas. Universidad de la República. Director de Atención Ambulatoria de Central Médica. Montevideo. Uruguay.2011 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000100009&script=sci_arttext . Recuperado el 7 de enero de 2013.

- Constitución de La Organización Mundial de La Salud. 2006:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Recuperado el 22 de julio de 2013.
- De Armas, Gustavo: "Sociedad y políticas sociales en Uruguay desde la transición democrática al gobierno del Frente Amplio" Revista: América Latina Hoy. 2006.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30804403> Recuperado el 30 de octubre de 2013.
- Documento "Programa Nacional del Adulto Mayor". Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2005-2010. Ministra de Salud Pública Dra. María Julia Muñoz.
[file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20\(3\).pdf](file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20(3).pdf)
Recuperado en noviembre del 2011.
- Domenech, Diana: Modelo de atención integral a la salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Policlínica de San Antonio- Canelones. Abril 1999-Abril 2002. Dra Diana Domenech. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor Prof. Ag. Dra. Alicia Sosa. 2007.
<http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF> Recuperado el 2 de mayo de 2012.
- Espinoza, Vicente: Redes Sociales y Superación de la Pobreza. En revista de trabajo Social. Pontificia Universidad católica de Chile. Chile. 1995.
- Filardo, Verónica ; Muñoz, Carlos: "Vejez en Uruguay ¿hacia una sociología de las relaciones de edad? 2002. Extraído de
www.rau.edu.uy/fcs.soc/publicaciones/libros/archivos/2002/12 Recuperado el 10 de junio de 2009.

- Instituto Nacional de Estadística (INE): Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.
<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>
Recuperado el 12 de diciembre de 2013.
- Instituto Nacional de Geriatria "Presidente Eduardo Frei Montalva". Conceptos generales relacionados con envejecimiento. Gobiernos de Chile:
<http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>. Recuperado el 22 de setiembre de 2013.
- Laslett, Peter: "Impacto del envejecimiento poblacional en la sociedad". Centro de convenciones Diego Portales Santiago, Chile. Seminario 28 y 29 de agosto de 2000.
- Magri, Altair: "Un quinquenio cargado de futuro: la descentralización y el ordenamiento territorial en Uruguay". Montevideo.2011.
<http://www.fes.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2028-5.pdf> Recuperado el 12 de febrero de 2014.
- Myriam Mitjavila, José Fernández, Constanza Moreira: "Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?".2002.
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400015&script=sci_arttext Recuperado el 12 de diciembre de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud: "Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay". Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud Organización Panamericana de la Salud.1ra. edición agosto de 1999,2da. edición, mayo de 2002.

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/perfil-uruguay.pdf> . Recuperado el 12 de noviembre de 2011.

- Papadópulos, Jorge; Falkin Leonardo: “Construcción del Sistema de Cuidados, Etapa de Debate: Personas Adultas Mayores”. Montevideo 2011.
- Papadópulos Jorge Con la colaboración de: Álvaro de Torres, Verónica Durán, Gabriela Poplavski, Adriana Vernengo: “Mercado de Trabajo, Género y Reforma del Sistema Pensionario en Uruguay: ¿Cuáles son las Perspectivas para los Adultos Mayores?”. 2009.

<http://www.papadopoulos.info/wp-content/uploads/2009/08/Mercado-de-Trabajo-G%C3%A9nero-y-Reforma-del-Sistema-Pensionario-en-Uruguay.pdf>

Recuperado el 5 de diciembre de 2011.

- Parte I modulo de valoración clínica. Modulo IIII: Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Organización panamericana de la salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf> Recuperado el 8 de marzo de 2014.

- Página oficial del Parlamento. Ley nº 17.796 Publicada D.O. 19 ago/004 - Nº 26570

www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=

Recuperado el 20 de enero de 2014.

- Página oficial del Parlamento. Ley nº 15.181 Publicada D.O. 19 ago/004 - Nº 26570

www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=Recu

perado el 10 de enero de 2014.

- Página oficial del Parlamento. Ley nº 18.131 Publicada D.O. 19 ago/004 - Nº 26570

www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=...

Recuperado el 10 de enero de 2014.

- Página oficial del Parlamento. Ley n° 18.161 Publicada D.O. 19 ago/004 - N° 26570

www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=...

Recuperado el 20 de enero de 2014.

- Página oficial del Parlamento. Ley n° 18.211 Publicada D.O. 19 ago/004 - N° 26570

www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=...

Recuperado el 15 de febrero de 2014.

- Pérez Zorrilla, Julia y Rius Menéndez, Carolina: "Apuntes sobre focalización en el

Uruguay desde el retorno a la democracia (1985-2008). Trabajo presentado en las IX jornadas de investigación de la facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo 2010.

http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_38_P%C3%A9rez%20y%20Rius.pdf

Recuperado el 14 de noviembre de 2013.

- Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES. MIDES. Octubre 2012.
http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21341/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf Recuperado el 9 de febrero de 2014.

- Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública 2005-2010. Montevideo. [file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20\(4\).pdf](file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Programa_Adulto_Mayor%20(4).pdf) Recuperado el 12 de marzo de 2012.

- Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. Carné del Adulto Mayor.

http://www2.msp.gub.uy/uc_5682_1.html Recuperado el 16 de marzo de 2014.

- Rodríguez, Mariana y Rostani, Susana: "Envejecimiento activo y calidad de vida: una experiencia territorial de trabajo con adultos mayores". En tercer congreso Iberoamericano de Psicogerontología: Subjetividad, Cultura y Poder. San Pablo noviembre 2009.

http://geracoes.org.br/novo_site/wp-content/uploads/2013/08/Envejecimiento-activo-y-calidad-de-vida-una-experiencia-territorial-de-trabajo-con-adultos-mayores.pdf Recuperado el 16 de noviembre de 2013.

- Sánchez, Pedro: Sociedad y población Anciana. Universidad de Murcia. Santiago de Chile. Chile. 1993

http://books.google.com.uy/books?id=NZy9ZMUQ3IQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false Recuperado en 6 de junio de 2011.

- Sarachu, Gerardo: Los procesos de problematización e intervención en trabajo social ante las transformaciones contemporáneas. En Temas de Trabajo Social, Equipo de Trabajo Social del Ciclo Básico-FCS. 1999.
- Sistema Nacional Integrado de Salud. Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> Recuperado el 2 de mayo de 2012

- Unidad de Reconversión del Modelo de Atención-RAP-ASSE. Dr Geriatria Gabriel Wajner. Programa del Adulto Mayor: "El cambio del Modelo de Atención a los Adultos Mayores". 2008

https://www.google.com.uy/?gws_rd=cr&ei=h6MkU5e8POrG0AGhu4C4Ag#q=Unidad+de+Reconversi%C3%B3n+del+Modelo+de+Atenci%C3%B3n+RAP-ASSE Recuperado el 27 de octubre de 2011.

- Viguera, Virginia: "El proceso de envejecimiento". Curso Virtual de Educación para el envejecimiento. Clase 4.
<http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/clase4.htm>2001. Recuperado el 20 de junio de 2011.