



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
VILLA MARIA

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

El desafío del cuidado humano: ¿Cómo cuidamos a nuestros viejos en Uruguay?

Políticas de protección social, derechos sociales,
debates y dilemas para el trabajo social

Año
2013

Autor
Dornell, Teresa

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Dornell, T., Sande, S., Mauros, R. y Stemphelet, S. (2013). **El desafío del cuidado humano: ¿Cómo cuidamos a nuestros viejos en Uruguay?** Villa María: Universidad Nacional de Villa María



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

Mesa 1: “Políticas de protección social y derechos sociales. Políticas sociales y dilemas para el Trabajo Social”.

Palabras Clave: Cuidado Humano – Autonomía – Envejecimiento

**El desafío del cuidado humano: ¿Cómo cuidamos a nuestros viejos en Uruguay?
Políticas de Protección Social, Derechos Sociales, Debates y dilemas para el
Trabajo Social**

Dornell, Teresa: Docente Facultad de Ciencias Sociales – Departamento de Trabajo Social (UdelaR) Contacto: teresadornell@hotmail.com – cel. (+598) 94 594 510

Sande, Sandra: Docente Facultad de Ciencias Sociales – Departamento de Trabajo Social (UdelaR) Contacto: sandrasande@hotmail.com – cel. (+598) 99 127 184

Mauros, Romina: Estudiante Avanzada Lic. Trabajo Social – Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) Contacto: rominamauros@hotmail.com – cel. (+598) 98 646 961

Stemphelet, Saphir: Estudiante Avanzada Lic. Trabajo Social – Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) Contacto: saphir724@hotmail.com – cel. (+598) 99 058 071

En los últimos años, ha existido un creciente consenso en relación a la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Tal enfoque supera la visión de las políticas sociales como parte de una lógica signada por la oferta de beneficios de tipo asistencial, que pueden o no ser asumidos por órganos estatales, para encauzarse en la definición de parámetros mínimos de dignidad cuya garantía es responsabilidad del Estado, mediante los distintos instrumentos que tiene a su alcance. Se pasa, entonces, de la consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales, a su valoración en tantos titulares plenos de derechos. Existe una relación de reciprocidad entre los derechos humanos y las políticas de protección social. Por un lado, el discurso de los derechos humanos requiere para su garantía y exigibilidad, los contextos institucionales que permitan su ejercicio. Por otro lado, las políticas se basan en un enfoque de derechos, tendiente a la ampliación y protección de estos. En ambos sentidos, las personas se benefician del desarrollo en su calidad de ‘sujetos de derecho’. (Rossi y Campos; 2004:3)

La problematización de las demandas y necesidades de las personas en condición de vulnerabilidad social requiere de su incorporación progresiva en la agenda pública. En el

sentido de plantear la introducción del problema del avasallamiento de los derechos de las personas; aspecto fundamental en tanto refiere a la construcción de una política social inclusiva. La intervención profesional necesariamente implica un proceso reflexivo y crítico. Considerando la responsabilidad y el desafío que supone la intervención en la vida cotidiana de las personas, debemos realizar el ejercicio de aprehender los significados y las concepciones de los actores desde una posición que tienda (constantemente como un proceso reflexivo) a superar los prejuicios. Las profesiones que tienen como horizonte reforzar los derechos sociales, no solo en la normativa jurídica, sino en cómo estos se enraízan en la dinámica de nuestra sociedad, contribuyen en la construcción de una cultura pública democrática. Por ello lograr una coherencia profesional entre el discurso y la práctica es un desafío que excede los límites de una sola profesión para ser uno de los pilares de la práctica profesional.

Se pretende producir un documento que permita promover un espacio de análisis de las prácticas profesionales en el campo de las Políticas Públicas en el Sistema de Protección Social, con énfasis en vejez. La propuesta se basa en identificar estrategias de acción, con un enfoque habilitante de derechos, desarrollando procesos de discusión de las trayectorias vitales de la familia desde la vejez; que incluyan el manejo y la utilización de estrategias que coadyuven a la apertura de ámbitos de crítica y reflexión en el marco del Sistema de Protección Social - Sistema Nacional Integrado de Cuidados que posibilite la aprehensión de las posibilidades y limitaciones de los cuidados. La centralidad es la comprensión de los lineamientos básicos de los cuidados en la familia desde el enfoque de Derechos con una política social inclusiva, aportando al debate de las cuestiones que atraviesan a las disciplinas de lo social en el comienzo de milenio como posibilidades de un nuevo espacio público de ámbitos de intervención.

Es así que surgen nudos temáticos que orientan este trabajo a partir de la: (i) reseña de los diversos enfoques de: Derechos, Protección Social y Equidad de Género, (ii) presentación de los Programas y/o Proyectos de Cuidados con énfasis en la Familia y centralidad en vejez y envejecimiento y, (iii) de las prácticas sociales en Cuidados de la vejez.

El conocimiento sobre la temática de la vejez ha tenido un gran impulso a partir de la década de los noventa. “Se ha comprobado a lo largo de estas dos décadas que una buena vejez es posible, lo cual ha promovido un cambio rotundo de paradigma en el modo de pensar el tema, en diversos campos de las ciencias sociales, humanas y de la salud”. (Zarebski; 2011:22)

Se acostumbra pensar a la vejez a partir del dato de los años cumplidos, se es viejo porque ya han pasado tantos “cumpleaños”, sin embargo se puede distinguir entre la cronología medida en años y la forma en que han pasado. La edad cronológica está dada por los años vividos, da cuenta del tiempo que ha transcurrido desde nuestro nacimiento, son los años que se cumplen, la edad biológica tiene que ver con el transcurso de la vida, da cuenta de nuestra trayectoria. Esta tiene que ver con el “curso de vida”, pudiendo llegar a ser la edad biológica menor que la cronológica, o su opuesto, si se logra transformar los años en “buenos” años, la edad cronológica, no impactará en la calidad de esa vida.

Evitar que la edad biológica se dispare por sobre la cronológica es parte del aprendizaje sobre el envejecimiento “normal”, para ello, el auto cuidado y la salud son elementos indispensables para la preparación para esta vejez saludable. La variabilidad existente entre ambos procesos depende de cinco factores: el auto cuidado, la alimentación, el pensamiento, el sentimiento y el movimiento. “La focalización de la cuestión del envejecimiento desde la mediana edad no implica que este comience en este momento, sino que (...), es parte del curso vital”. (Iacub; 2011:92)

El ritmo del envejecimiento y el grado de salud que pueda tener una persona está relacionado con su entorno, tanto interno como externo, es decir, depende tanto de los estímulos que recibe del exterior, como de su bagaje de emociones, sentimientos, pensamientos y experiencias. Cada persona cuando llega a una edad avanzada, comienza a experimentar cambios. Por lo general, estos no son considerados de manera positiva; por el contrario, se tiende a pensar y a hacer sentir a las personas mayores que ya no tienen nada que aportar, que ya cumplieron su rol en la sociedad, en su familia, etc.

Las transformaciones propias del envejecimiento suelen generar rechazo y resignación en las personas, cuando estas “alcanzan la vejez” suelen considerar que ya no tienen la misma

energía y capacidad para hacer cosas, empiezan a tener dificultades en su salud, entre otros aspectos generalmente interpretados de forma negativa. Esta respuesta ante la vejez, suele gestarse desde nuestra infancia, ya que estamos acostumbrados a concebir al envejecimiento como algo “malo”, como un signo de inutilidad y estorbo, que además suele ser asociado a la muerte. No hemos sido preparados para envejecer de manera positiva y saludable, de ahí que establecer una edad para determinar el inicio de la vejez es una construcción social, que estará de alguna manera establecida por la sumatoria de factores biológicos o psicológicos. “La categoría viejo es, por consiguiente, un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido”. (Rodríguez, 2006)

La vejez es siempre un momento de la vida en que se suman fragilidades, pero depende de diferentes factores: biológicos, sociales y culturales, como se gestionarán esas vulnerabilidades. Los factores biológicos si bien pueden estar condicionados por la genética, por ejemplo la duración de la vida, son mediaciones que no deben dejarse de lado, pero, inciden y muchas veces prevalecen, las condiciones materiales: el “cómo” y el “qué tipo” de calidad de vida se ha tenido y se tiene. Los factores sociales y culturales son también coadyuvantes a la hora de definir el tipo de vejez. (...) la vida humana requiere un nivel de comprensión que aborde la complejidad del entorno”. (Muchnik, 2005:68)

Como elemento central de análisis del envejecimiento desde el Trabajo Social se plantea la distinción que propone Ludi, M^a del Carmen (2005) sobre el concepto vejez, abordándolo desde dos miradas; una de ellas en torno a la vejez como concepto en sí, teniendo en cuenta su construcción social, sus representaciones, sus manifestaciones y su institucionalización en la realidad social. La segunda mirada se realiza desde la condición humana, expresada ésta como proceso de envejecimiento dado en un momento socio-histórico determinado y que responde a cada persona en particular. Dicho en otros términos, se reflexiona sobre cómo afecta a cada individuo el proceso de envejecimiento y la construcción que se hace del mismo, desde el contexto, la cotidianeidad y la historia personal de cada uno.

Por otro lado, desde una perspectiva más sanitaria, se recoge la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento. Para este organismo internacional, el envejecimiento individual es “un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, comienza en el momento en que se nace, se acentúa en los últimos años. Se produce una limitación de la

adaptabilidad. Es un proceso no uniforme, es diferente de una especie a otra, de un hombre a otro, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo” (OMS; 2000).

En el campo de la investigación sobre “el envejecimiento del ser humano”, se han creado distintas teorías de carácter psico-socio-cultural, las cuales manifiestan la representación que las ciencias sociales y humanas ofrecen de la vejez y del proceso de envejecer. “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002). El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a fines de los años noventa con el objetivo de una definición más completa que la de “envejecimiento saludable” basándose principalmente en los Derechos Humanos de los adultos mayores y en los pilares de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. La propuesta de esta teoría es aplicada no solo a los individuos sino a las poblaciones y haciendo énfasis en la realización personal, participación y la protección social.

En el segundo núcleo temático, se desarrolla el concepto de cuidado humano, el cual puede ser considerado como una función social que involucra tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a personas dependientes. Sin esta relación entre los individuos que brindan cuidados y aquellos que los necesitan, no sería posible la reproducción social y el desarrollo pleno de las capacidades individuales (MIDES; 2011). Por otro lado, Karina Batthyány define al cuidado como “la acción de ayudar (...) a una persona dependiente, en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana (...)” (MIDES; 2011: 94). El cuidado comprende actividades materiales que implican dedicación de tiempo y un involucramiento emocional y afectivo y puede ser realizado de forma remunerada o no (Aguirre, 2011).

La distribución del cuidado ha asumido diferentes formas según el momento socio-histórico, y los agentes encargados de sostenerlo fueron la familia, el Estado y el Mercado. La noción de cuidados, se genera y reproduce en la familia, ya que es la primera organización social que auto-gestiona los cuidados (Aguirre - Dornell - Sande; 2011); luego se desplaza de la esfera privada a la pública con el surgimiento del Estado de Bienestar. En nuestro país el cuidado se ha caracterizado por ser históricamente “familista” (y altamente feminizado), lo cual significa

que el mismo se ha resuelto durante el devenir de nuestra sociedad, en el seno de las familias. Estas son susceptibles a los cambios sociales, económicos y políticos del momento que se esté atravesando. Por este motivo se presenta la necesidad de desarrollar un Sistema Nacional de Cuidados que contemple estas transformaciones a nivel familiar y preste especial atención en las repercusiones directas que puedan tener en relación al cuidado de las personas que lo requieran.

Entre los procesos que inciden en la demanda de cuidados y en las posibilidades de satisfacerla, se destacan los cambios en la fecundidad, el envejecimiento de la población y migraciones, los cuales impactan en el tamaño de los hogares, su estructura y composición. (Arriagada; 2010) Las personas mayores de 65 años a nivel mundial alcanzan a ser 660 millones, y el índice de envejecimiento mundial está en el orden del 7%. (SABE-OPS, 2001, CEPAL-CELADE, 2009; Paredes, 2010; INE, 2011)

En el contexto de América Latina, nuestro país (junto a Argentina) presenta la estructura demográfica más envejecida de la región. “Al observar la distribución de la población por grandes grupos de edades, se aprecia que el 21,9% se encuentra entre 0 y 14 años, el 29,3% entre 15 y 34 años, el 34,9% entre 35 y 64 años y el 13,9% tienen 65 o más años. En cuanto al índice de envejecimiento (población de 65 o más años/población de 0 a 14 años * 100), se observa que Montevideo, (...) por cada 80 personas mayores de 64 años residen 100 personas menores de 15 años.” (Página Web INE; 2011). Según estudios prospectivos, esta situación irá en aumento, pero sobre todo se verá incrementada la población de 75 u 80 años (envejecimiento del envejecimiento).

Mercado, Cuidado e Institucionalización

De acuerdo a la perspectiva presentada anteriormente, las sociedades deberían estar pensando estrategias elaboradas desde y para el grupo etario que comprende a los adultos mayores. En lo que refiere a las propuestas de cuidado por parte del mercado en Montevideo, las empresas de compañía son la opción más popular, y dentro de la misma, los adultos mayores son los que presentan más adhesión.

Dentro de la oferta privatizada de cuidados se puede afirmar que estos servicios son lo más accesibles para la mayoría de la población, claro está, que su calidad varía en función del costo. Sin embargo, los costos elevados de estas prestaciones no representan una garantía efectiva de dicha calidad. En este ámbito, es necesario dejar al descubierto dos aspectos relevantes: en primer lugar, el 73% del personal de estas empresas son mujeres, lo que evidencia la feminización que ha tenido esta actividad a lo largo del tiempo, tanto en la esfera pública como en la privada. En segundo lugar, un elemento que debe ser cuestionado es que muchas de estas empresas no exigen que el personal tenga conocimiento previo de temas vinculados a la salud. Esto significa que muchas de las personas encargadas de llevar a cabo la tarea del cuidado no están calificadas para realizarlas, lo que puede llegar a derivar en servicios deficitarios.

Si se sostiene que tanto el Mercado como el Estado son los responsables de garantizar alternativas de cuidado formal, esta precarización de los cuidados (en términos de calidad) representa un factor de vulnerabilidad para los receptores de dichos servicios, además de invisibilizar la brecha entre cuidado formal e informal. Esto último hace referencia a que los cuidados brindados por la familia (informales) tienen como motor el afecto o la responsabilidad asumida por los lazos de parentesco y carecen de formación específica en la temática, por lo tanto, las iniciativas tanto públicas como privadas deberían brindar una alternativa profesionalizada que acompañe a las familias.

Los residenciales privados de ancianos representan otra de las propuestas para el cuidado de los adultos mayores, pero tiene un costo más elevado que los servicios de compañía, y además presentan las mismas problemáticas ya mencionadas. En este aspecto, también juega un rol importante la institucionalización del adulto mayor y sus consecuencias en cuanto a la potencial pérdida de autonomía y condicionamiento de su identidad.

La institucionalización de los adultos mayores, tanto en residencias, casas de salud o centros geriátricos, implica el pasaje de una situación de vida en sociedad al ingreso a un régimen que puede conceptualizarse como “institución total” de Goffman (1972). Ya sea que la institucionalización del adulto mayor sea voluntaria o no, el ingreso a las mismas representa un cambio importante para éstos. Podemos definir a las instituciones totales, o establecimientos sociales, como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de

individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.

Este tipo de instituciones, así definidas repercuten en el diario de las personas que allí ingresan, las cuales ya vienen con un estilo de vida, con una manera de ser que han producido a lo largo de su vida. ¿Pero que sucede con las personas adultas mayores? Estas han asimilado estándares de comportamiento que han desempeñado durante toda su vida, que forman parte de su marco de referencia y son propios de las experiencias vividas. Al ingresar a estas instituciones, los adultos mayores deben adecuarse a distintos procedimientos, reglamentos y juicios que propone la misma, generando un duelo entre “identidad construida” e “identidad impuesta”.

La profundización del punto anterior, se recoge el concepto de identidad, cuya construcción supone un proceso continuo y constante durante el curso de vida de los individuos, moldeado por la singularidad de los mismos y por las normas instituidas en el imaginario social. Nicole Gagnon (1993) define a la identidad como “(...) el resultado transitorio de un proceso de apropiación simbólica de lo real que supone la competencia de un actor singular sobre un universo de significaciones (...)” (Gagnon, N. 1993: 195)

¿Por qué son importantes dichos procesos de construcción identitaria? En lo que refiere a la vejez, estos se encuentran habitualmente sesgados y empobrecidos debido a todos los estereotipos y prejuicios en torno a la misma: Existe una imagen estereotipada del viejo que lo representa como inútil y enfermo (...) Se parte del supuesto de que el viejo tiene una afectividad gastada, aplanada, que siente menos, que tiene una mayor dificultad de comunicación, que no logra comunicarse espacialmente con las otras generaciones. Se le adjudica una incapacidad para adquirir nuevas habilidades, una menor inteligencia, una mayor propensión a la enfermedad, una menor creatividad y una ausencia de sexualidad. (Zafaronni, 2004: 125-126)

Los desafíos que se le presentan al trabajador social no radican únicamente en la comprensión de diversas problemáticas, al abordar la vejez; uno de los principales retos es superar aquellas concepciones derivadas de los prejuicios y representaciones construidas en torno a los adultos mayores. Dichas representaciones son generadas por los estereotipos impulsados a nivel

social, que buscan destacar a las personas jóvenes como fuente de actividad y producción, fieles participantes del mercado de consumo. Quienes no cumplan con dichos estándares terminarán siendo excluidos (institucionalizados), ya que se encuentran “por fuera” de esa caracterización. “

Gordon Allport define a los prejuicios como una “(...) valoración moral que hace una cultura de algunos de sus propias prácticas. Es un modo de designar aquellas actividades que se desapruéban.” (Allport, 1962: 26) Este autor sostiene que el concepto de prejuicios está conformado por una actitud favorable o desfavorable vinculada a una creencia excesivamente generalizada, la cual representa una simplificación excesiva de su mundo de experiencias. (Allport, 1962) Por otro lado, Arnold Rose (1960) describe a los prejuicios como conceptos acompañados de opiniones inexactas o sin fundamento que alimentan la reproducción de los mitos y/o estereotipos presentes en el colectivo social. Siguiendo los aportes de Goffman (1963) en cuanto al concepto de estigma, los atributos o estereotipos que generan en los demás un descrédito amplio (en relación a otro diferente), también contribuyen a la distancia anteriormente mencionada entre lo “normal” y lo “anormal”, entre lo “viejo” y lo “joven”, entre lo “sano” y lo “enfermo”.

A raíz de esto, se presenta como un desafío relacionado al fortalecimiento de la autonomía, promover una construcción que esté libre de estigmas, a través de la cual el viejo se perciba como viejo y no como enfermo. “Nuestras emociones nacen, crecen o se extinguen en un medio humano que las refuerza o modera según la sacudida que reciben de él.” (Le Breton, D. 1999: 150) Relacionados estrechamente con el concepto de identidad, se presentan las nociones de autonomía y dependencia, ya que serán considerados factores determinantes en el proceso de construcción identitaria de los adultos mayores. La percepción subjetiva de cada ser puede verse alterada en la medida que este esté atravesando una pérdida de autonomía, principalmente si se encuentra en una situación de dependencia.

En la generalidad, se entiende por dependencia: “Pérdida de autonomía personal, cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona mayor de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él.” (Yanguas, J. et al; 1997: 9) Dicha dependencia debe ser considerada como un fenómeno de naturaleza compleja, en donde existe un entramado de factores (sociales, biológicos, económicos, políticos, entre otros) que van a

determinar la situación, y que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de abordar la problemática.

Por otro lado, Pereira describe la noción de autonomía como “capacidad del individuo de elegir objetivos y creencias, valorizarlos con discernimiento, ponerlos en práctica sin opresiones y sentirse responsable por sus decisiones y sus actos.” (Pereira, P. apud Claramunt, A. 2011: 12) Es de suma importancia destacar que, si bien ocurre, las situaciones de dependencia no necesariamente están acompañadas por una pérdida de la autonomía. En lo que refiere a los adultos mayores dependientes, el desafío yace en buscar alternativas para que las personas puedan preservarla aunque se encuentren en las situaciones más complejas. “A pesar de todo, la autonomía de la persona en la toma de decisiones sobre su propia existencia constituye la meta por excelencia de todas las normativas, manifiestos y convenciones aprobadas por organismos nacionales e internacionales.” (Vega Fuentes, 2007: 260)

Lo que nos parece importante a efectos de la discusión que nos planteamos refiere a las consecuencias que en los viejos tiene la institucionalización. Aún si ésta fuera voluntaria, implica procesos de desculturación, creando una tensión entre lo que fuera su mundo habitual y la institucionalización, “la barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (Goffman, 1963:27) La separación con el resto del mundo es total, “dura todo el día”. Al ingresar a una residencia o “casa de salud”, las personas deben cumplir con un procedimiento de admisión que generalmente incluye el llenado de una ficha y el desposeimiento de sus bienes personales.

La primera exigencia está vinculada a la necesidad de la institución de conocer la historia clínica y social del “paciente” que ingresa, obligándolo a “desnudarse” frente al personal administrativo. A raíz de esto es posible reconocer las patologías crónicas que pueda padecer, el tipo de medicación que deberá ser administrada y cuáles son las características de su entorno social. El segundo requerimiento, tiene que ver con las capacidades locativas de la institución, ya que es imposible que todas las personas ingresen con todas sus pertenencias. Sin embargo, en palabras de Goffman (1963) este procedimiento puede caracterizarse como una “despedida y un comienzo”. La despedida está asociada al despojo de sus propiedades, las cuales representan un factor de importancia en la identidad de las personas ya que estas

“extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen” (Goffman; 1963:31) y limitan su capacidad de control sobre la forma en que se presentan ante los demás.

La relación con el mercado, a través de las formas de cuidado rentadas, implica que las familias dispongan de un capital económico habilitante. Esto implícitamente condiciona el acceso de muchas familias que quedan por fuera por no disponer de los medios materiales para sostenerlo. En términos de Bourdieu (1987), este vínculo con el mercado también compromete el capital cultural y simbólico de las personas que ingresan a las instituciones. Visto desde otra perspectiva, la existencia de estas alternativas rentadas posibilitan la ocupación de todo un sector destinado a la gestión y distribución de los cuidados, los cuales deberían ser regulados y monitoreados por el Estado, ya que esta función se encuentra dentro de las atribuciones del Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

Si se retoma, lo introducido anteriormente sobre los factores que inciden en las demandas de cuidados y posibilidades de satisfacerlas, se recoge la perspectiva de Carlos Filgueira (1996), quien plantea que existen transformaciones en el mundo de las familias uruguayas que explican los cambios en su estructura y su diversidad. Esto tiene que ver con tres planos: (a) Demográfico, (b) Económico y (c) Socio-cultural.

(a) Cambios en la estructura de la población: Esto se da por los cambios de los patrones de reproducción, donde el país se encuentra en una fase de “pos transición demográfica”, lo cual lleva a que exista un incremento en la esperanza de vida, cambio en las estructuras de edades y un envejecimiento relativo de la población. Como ya se mencionó, los cambios en la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, principalmente la primera, inciden en el envejecimiento de la población uruguaya. Pero el proceso de envejecimiento no se expresa solamente en el aumento de personas de edad, sino que compromete toda la estructura por edades. Así, la contrapartida del aumento porcentual de los mayores de 64 años, es la declinación del porcentaje de niños por efecto principalmente de la fecundidad.

(b) Cambios económicos: En esta categoría es importante mencionar la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, donde la relación trabajo–familia genera cambios de roles y, en el plano psico-social, genera conflictos en la socialización del rol sexual, ya que la educación tradicional enseña que es el hombre quien debe sustentar económicamente a la

familia. Los “abuelos” pasan a ser un soporte necesario para la familia, donde los padres tienen que salir a trabajar y el cuidado de los niños y adolescentes recae sobre los “abuelos” que aún tienen mucho que dar. En nuestro país, estas transformaciones se pueden apreciar a partir de la década de los 80.

(c) Cambios socio – culturales: Las relaciones sexuales pre–matrimoniales, se volvieron más frecuentes y desprovistas de estigmatización social, descendió la edad de iniciación sexual, mejoró el procedimiento de control de embarazos y se afianzó una cultura donde hay una clara diferencia entre sexualidad, matrimonio y procreación. El sector de mujeres que accedió al sistema educativo, se incorporó al mercado laboral, toma como prioridad su actividad laboral o académica (proyecto personal) dejando el casamiento y la procreación como secundarios (proyecto procreativo).

La familia, la mujer y los cuidados

Lo que se ha venido mencionando hasta ahora y realizando mayor énfasis en las familias, sus funciones y el rol de la mujer, es pertinente destacar que las familias modernas han cambiado en su composición y funcionamiento. Este núcleo temático se justifica en la medida que estas representan la contracara de las propuestas privatizadas del mercado.

La familia nuclear ya no es la predominante, “la organización de este tipo de familia se sustenta en una clara diferenciación de funciones entre los sexos. El hombre debería ser proveedor económico de la familia, insertándose en la producción (...) y actuando en los ámbitos públicos (política, vida social, etc). De su capacidad productiva y de su inserción social dependerán las condiciones de vida de su familia y el status que ésta tenga en la sociedad, la mujer se encargaría fundamentalmente de los aspectos reproductivos, del cuidado domestico del hombre, niños y ancianos concentrando su actividad en el interior del hogar. (Aguirre; Fassler; 1994: 62-63)

Se reconoce en la actualidad la existencia de diversos arreglos familiares en la sociedad contemporánea que se diferencia mucho de las familias anteriormente mencionadas (nuclear). Pero aun así, se naturalizó la familia nuclear como “la gran familia”. Si se mantiene a la familia nuclear como estándar de “normalidad” en un contexto donde las transformaciones

sociales, económicas y culturales demuestran gran diversidad en cuanto a la relación de los individuos con sus familiares, sin duda que acarreará consecuencias negativas.

La situación más desfavorable se presenta para la mujer de la familia, ya que al mantener como deseable dicha estructura familiar genera que se produzcan mitos y estereotipos en torno a cómo debe actuar la misma. En la familia nuclear las mujeres desempeñaban el papel de “ama de casa” madre y esposa, además de la potencial cuidadora de todo familiar dependiente. Esta exigencia se mantiene en la actualidad, pero en un contexto que presenta otros intereses. Hoy las mujeres participan en el mercado de trabajo, hay un interés de desempeño personal y mujer ya no es sinónimo de madre. (Jelin, 1998)

Tal como lo afirman las autoras, Aguirre, Dornell y Sande (2011) los mandatos sociales que surgen en torno a la mujer en la sociedad hacen que sea dificultoso compatibilizar los papeles de hija, trabajadora, madre y esposa. Esto genera para muchas mujeres, una situación difícilmente sostenible y generadora de crisis personales y familiares de gran intensidad y en algunos casos inductora de enfermedad. No es correcto decir que las mujeres son las que se encuentran en conflicto a la hora de conciliar familia y trabajo, las mujeres son portadoras de una problemática que es social, padecen las consecuencias negativas en términos de redistribución y reconocimiento pero no son quienes están en conflicto estrictamente.

Debido a esto, es inconcebible realizar un análisis sobre la temática de cuidado sin hacer una referencia (por más breve que sea) al término de género ya que éste transversaliza el hacer cotidiano de nuestra vida en sociedad y de las desigualdades que existen entre hombres y mujeres. El género es una categoría relacional, que no solo refiere al “deber ser” de hombres y mujeres, sino que también incluye símbolos, costumbres y conductas que hacen a las relaciones sociales entre los individuos de una sociedad determinada. En este sentido es que la categoría de género no es de carácter estática, ni atemporal, por el contrario, esta cambia según los distintos contextos históricos que determinan (en palabras de Sartre; 2004) el “campo de los posibles”, estableciendo las posibilidades y limitaciones para cada persona.

A modo de complejizar las miradas y continuar en la inclusión desde una perspectiva que problematice las relaciones de género, cabría afirmar que una propuesta programática como es el Sistema Nacional de Cuidados podría responder a necesidades prácticas de género o a

intereses estratégicos de género. Las necesidades prácticas de género refieren a las necesidades de mujeres y varones en relación con las responsabilidades y tareas asociadas con roles tradicionales y con la necesidad inmediata percibida. Responder a estas necesidades puede mejorar la calidad de vida, pero no impugna las divisiones de género o las posiciones ocupadas por hombres y mujeres en la sociedad; pueden satisfacerse sin cambiar la posición social o condición de la población afectada. Los proyectos que aspiran a mejorar las condiciones de vida mediante la atención de las necesidades prácticas mantienen y refuerzan las relaciones tradicionales entre hombres y mujeres.

Por otro lado, aquellas políticas que se diseñan y ejecutan desde una perspectiva que porte en su núcleo intereses estratégicos de género deberán problematizar las posiciones ocupadas por las mujeres y los hombres. El abordar intereses estratégicos de género ayuda a las mujeres y a los hombres a conseguir una mayor equidad y a cambiar los roles y estereotipos. Esto implica modificar aspectos de la estructura social en cuanto a posición, control y poder. Posición refiere a los lugares que ocupan las mujeres y los hombres en las sociedades en relación a los unos con los otros; entraña poder, condición social y control sobre las decisiones, los recursos y los beneficios. (Moser; 1991)

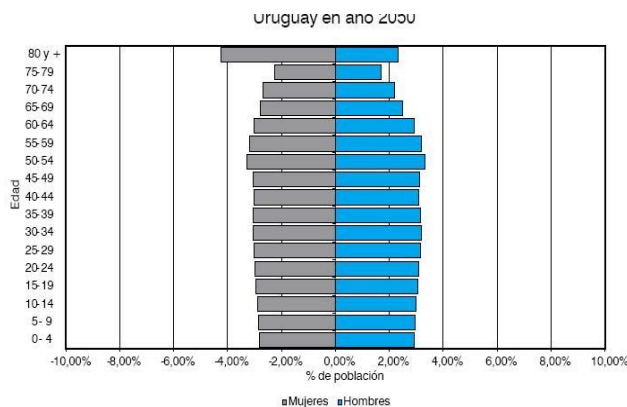
Los intereses estratégicos no solamente refieren al género, también pueden referirse a las condiciones raciales, étnicas, económicas y culturales. Se puede decir que los intereses estratégicos deben relacionarse e intervenir en tres conceptos claves: empoderamiento, autonomía y ciudadanía desde la institucionalización de los cuidados.

Los aspectos antes mencionados se estructuran en un sistema en base a relaciones de poder que colocan a los individuos en una línea asimétrica estableciendo desigualdades. En este sentido Aguirre señala que “los sistemas de género históricamente existentes son de dominio masculino, aunque este dominio varía de grado a través del tiempo y en distintas sociedades. Un aspecto clave de este sistema es la división sexual del trabajo, donde las mujeres están reducidas a una esfera no valorada, la doméstica y los hombres a la esfera considerada privilegiada, la pública.” (1998:22)

Si se considera lo expuesto hasta el momento en relación a los cambios en la estructura demográfica y los nuevos arreglos familiares, teniendo en cuenta a su vez los nuevos roles

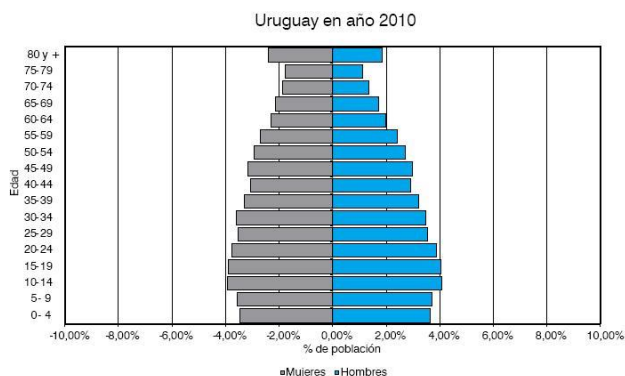
desempeñados por las mujeres en el mercado de trabajo se puede introducir el concepto de “crisis del cuidado”. Esto surge a raíz de la conjunción de todos los factores presentados, que se reducen en una simple ecuación: cada vez hay más personas para ser cuidadas pero menos personas para cuidar.

Es necesario abordar dicha problemática desde dos dimensiones, tanto para las personas que necesitan de cuidados como para las cuidadoras, ya que si no, se da la gran paradoja de que para mantener la integración social del adulto mayor se puede producir la exclusión de las cuidadoras. Siguiendo los aportes de Irma Arriagada (2010), la crisis del cuidado tiene un carácter bidimensional. Por un lado, se reconoce un aumento de la demanda y complejidad del cuidado que se produce de manera simultánea con la reducción de la oferta de cuidadores potenciales. Por otro, se observa una “crisis de reproducción social de largo plazo como la dificultad de asegurar la reproducción de una gran parte de los hogares y de las dificultades que tienen para alcanzar niveles satisfactorios de bienestar en múltiples dimensiones, incluyendo los cuidados.” (Arriagada; 2010: 61)



Se hace ineludible comenzar de inmediato a diseñar nuevas estrategias destinadas a los cuidados, con especial énfasis en la población vieja, procurando revisar y reflexionar constantemente en torno a las políticas ya existentes. Esta preocupación vinculada a la calidad y gestión de los cuidados, debido en parte, a la falta de

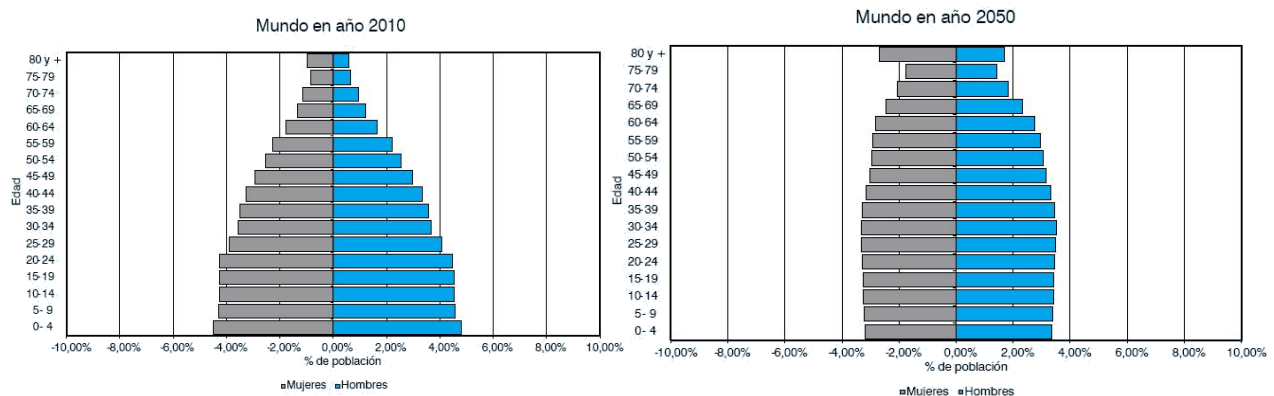
reposición poblacional (crisis del cuidado), representa un fuerte vector en el debate actual sobre políticas sociales a nivel regional y mundial.



Si se observan las gráficas presentadas (Rodríguez, F – Rossel, C.; 2009), se pueden visualizar las transformaciones que ha tenido la población uruguaya a lo largo del tiempo, demostrando que estas se continuarán

acentuando con el pasaje del mismo y que forman parte de una tendencia mundial.

En los cuadros que hacen referencia a las tendencias poblacionales a nivel mundial (Rodríguez, F – Rossel, C.; 2009), se observa el correlato existente con Uruguay. Se destaca la situación de España en cuanto a la reflexión y elaboración de propuestas vinculadas a las políticas de cuidados, las cuales se han venido desarrollando en los últimos treinta años.



Como una de las posibles respuestas ante la crisis del cuidado descrita anteriormente, se reconoce la promoción y prevención de los vínculos desde la perspectiva de las relaciones intergeneracionales en la vejez.

Nuestras sociedades son multigeneracionales porque en ellas conviven personas de distintas generaciones (niños, jóvenes, adultos y personas mayores, por un lado, y nietos, hijos, padres, abuelos, etc., por el otro). Sin embargo, aún nos queda camino para alcanzar realmente esa sociedad para todas las edades en la que podamos convivir con equidad todos los grupos de edad, que aporte desde una perspectiva integradora y saludable. (Buz, J. y Bueno, B.; 2006)

Como ha explicado Alan Walker (en Buz, J. y Bueno, B.; 2006), el mantenimiento de la solidaridad intergeneracional es un aspecto importante de la aproximación moderna al envejecimiento activo. El término intergeneracional habla de cómo esas generaciones interactúan entre sí, ya sea de forma aleatoria, ocasional o cotidiana, nuestras sociedades necesitamos de la cohesión e integración social que produce la solidaridad entre las generaciones. Todas las generaciones somos entre sí interdependientes, nos necesitamos mutuamente, estamos obligadas a intercambiar apoyo y otro tipo de recursos para mantener y mejorar nuestro bienestar y desarrollo. A la hora de estudiar las formas de impulsar la solidaridad intergeneracional parece que es conveniente distinguir entre el ámbito de la

familia y el de la sociedad: en ambos contextos las relaciones entre generaciones funcionan según claves distintas.

Para enfrentarse con éxito a los cambios demográficos (y sus posibles consecuencias negativas para el crecimiento y el sostenimiento de los sistemas de protección social), deben desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones, basadas en el apoyo mutuo y en la transferencia de habilidades y experiencia, responsabilidad colectiva, y en cuanto al desempeño por medio de un intercambio enriquecedor de su propio proyecto vital y el de su entorno, en base, no a la supuesta sabiduría, sino al intercambio que se facilita en el encuentro con otros. Por ello, se defiende que hay que poner en marcha nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan tanto las jóvenes generaciones como las personas mayores. Lo importante es que las personas mayores tengan la oportunidad de seguir trabajando y contribuyendo al desarrollo si así lo desean. (Buz, J. y Bueno, B.; 2006)

Parece que en nuestro país no están muy arraigadas las relaciones intergeneracionales en la familia y mucho menos fuera de ella. Las personas mayores prestan y reciben cuidados pero lo hacen, sobre todo, en su ámbito familiar. Esto quiere decir que hay mucho trabajo por hacer para aumentar la solidaridad intergeneracional entre personas mayores y personas de otras generaciones que no están unidas por parentesco.

A modo de síntesis, se ha dicho que las relaciones intergeneracionales, se dan tanto en el seno de la familia como fuera de ella. Por una parte, están las familias en las que “conviven”: abuelos, padres e hijos, o padres, hijos y nietos (en función de quién sea la cabeza de familia, propietario de la vivienda o se encargue del mantenimiento del hogar familiar). Las redes sociales y las actividades gratificantes deberían ser realizadas o cultivadas a lo largo de toda la vida para poder integrar la vejez como etapa; valorada no solo para los viejos, por el nivel de recompensa obtenido, sino para la sociedad por el aporte que esta generación desarrolla en la producción no económica solamente, sino conceptual, cultural y de relaciones sociales. (Buz, J. y Bueno, B.; 2006)

El conflicto es parte de este intercambio y es sin duda el habilitador de las transformaciones, se puede generar un cambio en cualquier momento de su vida por medio de una conducta reflexiva. (Buz, J. y Bueno, B.; 2006) Somos los viejos del Uruguay para dentro de unos años. Los niños son los viejos del futuro que se están gestando. Solo mediante el intercambio y la

integración dinámica de la vejez a las necesidades sociales podremos entender que estar integrado y activo es formar parte, ser parte y sentirse parte de esta sociedad.

Es en este complejo escenario que se comienza a gestar el Sistema Nacional de Cuidados, iniciativa originada en la agenda social (a manos de organizaciones de mujeres, principalmente la Red de Género y Familia), que luego sigue su recorrido avanzando hacia la agenda política y de gobierno.

Políticas Sociales en Vejez y Sistema Nacional de Cuidados

Según los aportes de Salvador se denomina Sistema Nacional de Cuidados al “conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros”. (2010:17) En la construcción colectiva de esta definición, se determinó que referiría exclusivamente al cuidado de la población dependiente (excluyendo el cuidado del hogar) y también se optó por dejar por fuera al cuidado de enfermedad, ya que esto último es responsabilidad del Sistema de Salud. Se definen como población objetivo tres grupos de personas: Niños y niñas de 0 a 12, con énfasis en la primera infancia (de 0 a 3 años), luego personas en situación de dependencia por discapacidad y finalmente a las personas adultas mayores dependientes. La novedad de esta iniciativa, es considerar un cuarto grupo dentro de su población objetivo, que son los cuidadores y cuidadoras remunerados/as o no.

Para el Sistema Nacional de Cuidados la calidad de los mismos representa un aspecto central en la elaboración de la política, sosteniendo que su regulación es responsabilidad del Estado, como también lo es el apoyo a las familias. En este caso, la propuesta reconoce la necesidad de brindar formación y formular estrategias de seguimiento para acompañar a las mismas, ya que cuando hablamos de cuidado informal, lamentablemente el afecto no es garantía de calidad. La presencia de una buena calidad en materia de cuidados, impacta positivamente en la vida cotidiana de las personas, reforzando su autoestima, salud mental y calidad de vida (de los individuos y sus familias).

Esta iniciativa estatal propone la creación de un nuevo pacto social: pasar del modelo familista tradicional a la corresponsabilidad. Este “nuevo pacto” busca garantizar la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre mujeres y varones; permitiendo que las personas con responsabilidades familiares puedan desempeñar un empleo sin enfrentarse a un conflicto

entre las mismas, o ser víctimas de discriminación. Ligado a esto, se recuerda lo aprobado por los participantes en la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Quito, agosto de 2007), quienes acordaron “formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad” (CEPAL; 2007: 6) Por otro lado, se destaca el fomento a la formación e inserción en el mercado laboral, dando lugar a todo un nuevo sector especializado en materia de cuidados.

Entre los principios orientadores del Sistema Nacional de Cuidados se destaca la intención de construirse como “una política participativa universal, focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. El diseño incluirá compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de colectivos hasta su universalización.” (Grupo de Trabajo Interinstitucional – Consejo Nacional de Políticas Sociales; 2010: 17)

Por otro lado, este se diseñará conjugando estrategias de creación de servicios y la posibilidad de realizar transferencias monetarias, resaltando el fomento de la oferta de servicios, ya que el impacto que el Sistema pueda tener en términos de calidad tendrá un correlato con los resultados que se puedan lograr en materia de bienestar. A su vez, la prestación de servicios por parte del sector público, o el subsidio a la provisión privada “determina en gran medida la capacidad de control y protección, por parte del Estado, del servicio, y de los trabajadores y trabajadoras del sector.” (Grupo de Trabajo Interinstitucional – Consejo Nacional de Políticas Sociales; 2010: 18)

Se reconoce como línea fundamental del Sistema, la descentralización territorial, ya que la participación de la comunidad es considerada una pieza esencial para lograr desarrollar políticas adecuadas a los requerimientos locales. Finalmente, se procurará “fortalecer, profesionalizar y revalorar la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores y cuidadoras, tanto familiares como formales. A la vez, brindar capacitación para las personas que deseen incorporarse al mercado laboral luego de que sus tareas de cuidado sean sustituidas por el Sistema.” (Grupo de Trabajo Interinstitucional – Consejo Nacional de Políticas Sociales; 2010: 18)

Desde el Sistema Nacional de Cuidados, se presentan líneas de trabajo destinadas a la atención de los adultos mayores, diferenciando los servicios que fortalecerán el cuidado dentro y fuera del hogar. Se destaca primeramente la futura creación del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, el cual busca ofrecer apoyo a las actividades desarrolladas dentro del hogar y facilitar la realización de otras fuera del mismo. Esto implicaría brindar un servicio que contribuya al cuidado que generalmente es gestionado por las familias, ofreciendo un número de horas semanales determinado cubierto por el Programa, para realizar esa tarea.

Se introducirá también la Teleasistencia, la cual permite a través de tecnología de pronta respuesta, administrar las llamadas a los servicios de emergencia. Podrá ser utilizado también para atender demandas personalizadas o realizar un seguimiento a los individuos involucrados (recordar ingesta de medicación, consulta médica, entre otros). En lo que respecta a cuidados fuera del hogar, se procurará expandir y fortalecer la presencia de los Centros Diurnos (espacios que procuran cubrir necesidades de prevención y promoción de salud, rehabilitación, orientación para la promoción de autonomía, etc.); se introducirán los Centros de Referencia (espacios de pronta respuesta integrados por equipos interdisciplinarios) y finalmente se procurará modificar los procesos de fiscalización y sistemas de información. Este último punto se considera prioritario, ya que tiene como objetivo asegurar y homogeneizar la calidad de asistencia en los residenciales para adultos mayores, tanto públicos como privados (regulación, capacitación y mejora del servicio en general).

Debido a las proyecciones demográficas mencionadas anteriormente, es que se comienza a pensar en un “proyecto país” que apunte a mejorar la calidad del proceso de envejecimiento de todas las personas. Es en este contexto que en el año 2012 surge el Plan de Envejecimiento y Vejez, que define los lineamientos de las distintas acciones del Estado dirigidas al bienestar de todos los Adultos Mayores.

“Este Plan (...) supone, en primer lugar, pensar la matriz de protección social desde la visión del ciclo de vida, detectando las lagunas, superposiciones y descoordinaciones de las respuestas públicas, buscando superar estas situaciones”. (Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez; 2012:7) En esta dirección es que se apunta a que las políticas estén coordinadas y para esto fue creado el Instituto Nacional del Adulto Mayor, órgano que además se encarga de

diseñar y analizar dichas políticas.

El Plan se presenta con fuerte énfasis desde un enfoque de derechos humanos, con el propósito de ampliar los mecanismos de protección de estos y de realmente tratar al adulto mayor como sujeto de derechos y no como objeto de intervención. Además incorpora un enfoque de género (la “vejez se feminiza”) y de otras configuraciones transversales vinculadas como lo son la discapacidad, el origen étnico-racial, orientación sexual, entre otros.

En este mismo sentido, se presenta sosteniendo una visión integral del adulto mayor, no sólo involucra las prestaciones tradicionales en materia de seguridad social, sino también lo hace concibiendo a la persona como parte de una estructura más compleja donde intervienen aspectos económicos, sociales y culturales. Desde esta posición es que el Plan plantea examinar las acciones públicas introduciendo un amplio repertorio de temas que comúnmente no son contempladas por las instituciones.

A modo de ejemplo: enfocarse en aquellas “lagunas” de protección social en los casos de extrema vulnerabilidad, donde los derechos fundamentales (como lo son la vivienda, salud, educación y seguridad social) no son contemplados. Además propone trabajar sobre temas relacionados a la violencia hacia los adultos mayores (familiar e institucional), que requiere trabajar no solo con el adulto mayor, sino también con los demás actores involucrados (hijos, nietos, profesionales, entre otros). Propone ambientes y ciudades saludables donde las personas puedan desenvolverse con facilidad, sin obstáculos ni limitaciones.

En estrecha relación con todo lo que se ha venido diciendo, el Plan apunta también a trabajar sobre las construcciones sociales que se dan en torno al concepto de vejez y de envejecimiento. Esto implica que se debe contribuir a la revisión de los prejuicios, estereotipos y creencias que aún prevalecen en la sociedad en torno a la vejez, no solo porque incide de manera negativa en la construcción de los propios procesos de envejecimiento, sino también porque este imaginario y representación social trasciende a las propuestas que hay desde el Estado para la población; “(...) el llamarlos inactivos, pasivos, pensar desde este lugar programas para ellos, para un sujeto asistido, nos coloca en la perspectiva de lógica de la tutela y no de los derechos” (Ludi;2005:160). Como bien se expresa en el documento del

lanzamiento del Plan (2012), es importante considerar a las personas adultas mayores como “agentes de desarrollo”, esto supone valorar el aporte que estos hacen a la sociedad y de esta manera se reconoce una conceptualización positiva de la vejez.

Reflexiones finales

Uruguay tiene una deuda pendiente con sus “viejos”, el país más envejecido de América Latina no ha logrado revertir los prejuicios sobre esta población. País de paradojas, con una gerontocracia en la política partidaria y un “desprecio” hacia la vejez, fundado en el “viejismo” y en una cultura centrada en el “trabajo” que califica a los inactivos como una carga social.

No se ha zanjado aún la dicotomía sobre la “carga” de los esfuerzos en materia de política social, como si se debiera elegir entre apoyar a la infancia y destinar recursos a los “viejos”, dicotomía fácilmente desmontable ya que no se trata de priorizar a uno sobre el otro, pero que a la hora de pensar en los dispositivos aparece como disyuntiva. Si no se toman decisiones de manera urgente, el futuro aparece no solamente incierto, sino también problemático.

Estas tareas se constituyen en acciones colectivas de todos y no solo de grupos aislados, fundamentalmente en el campo de las ciencias sociales, al poner el tema en la agenda pública - arena política. Es así que uno de los fines en las ciencias sociales y humanas es debatir, investigar, proponer, además de ser capaces de transferir de otras realidades estudiadas y conocidas las mejores respuestas en el sentido de estrategias de acción (Policy transfers) para nuestro contexto (Uruguay) y lograr que el Sistema Nacional de Cuidados sea una política de aporte para nuestros viejos.

Hay un diálogo social que se ha iniciado, con actores gubernamentales, fundamentalmente el MIDES, junto a la sociedad civil y algunos aportes de la academia, es un comienzo, pero no es suficiente. Se ha incorporado la perspectiva de género, y se apuesta a la de generaciones, sin embargo se insiste, en que es aún insuficiente; si la propuesta de las máximas autoridades del país es que las mujeres tengan más hijos y sobre todo más mujeres para cuidar a los viejos, hay algo en esta discusión que es ambivalente, lo cual conduce a una discordancia entre lo que se dice y lo que se sugiere.

El Sistema Nacional de Cuidados es una herramienta, sin embargo se considera necesario continuar colocando el tema en la agenda, lo cual va a depender de todas las personas

preocupadas por el cuidado humano. Por ello, se destaca el papel fundamental de la academia, en materia de investigaciones y aportes técnicos, además de la lucha continua de las organizaciones sociales. De todas formas, estas acciones solo serán viables en la medida que los decisores reciban las propuestas, ofreciendo una escucha responsable y confiable.

En definitiva, el Sistema Nacional de Cuidados se presenta como innovador frente al diseño e implementación de Políticas Sociales, no solo a nivel nacional, sino también regional. De todas formas posee falencias en su discurso y correspondiente correlato con la práctica. Principalmente en lo que refiere a la universalidad de la política, la noción de corresponsabilidad y perspectiva de género.

Si bien propone comenzar sus acciones a través de estrategias focalizadas para luego universalizarse, se sostiene que estas mismas prácticas son las que imposibilitarán en un futuro hacer el salto cualitativo hacia la universalidad, teniendo en cuenta también que la población beneficiaria en esta primera etapa estará compuesta por individuos en situación de vulnerabilidad económica, sin tener presente otros factores de vulnerabilidad vinculados al capital social. Esto significa continuar diseñando políticas sociales “pobres para pobres”.

En cuanto al abordaje y debates vinculados al tema de género, estos se ven resentidos, en la medida que la política se elabora con el fin de fortalecer la imagen de la mujer (en contraste a su posición histórica) pero no logra superar la brecha entre los temas de feminidad y masculinidad en referencia a la corresponsabilidad. Depositando a su vez la responsabilidad en la familia y no en la articulación entre familia – mercado – Estado.

La incorporación del concepto de corresponsabilidad, tanto dentro de las familias como en su relación con el Estado, se constituye en un pilar dentro del diseño de las políticas en materia de cuidados. Este es un derecho, tanto a cuidar como a ser cuidado, y como derecho debe ser incorporado y por sobre todo, debe ser posible ejercerlo.

Por otro lado, se reconoce también la existencia del derecho a “no cuidar”, ya que esta actividad debería ser obligatoria, principalmente por las potenciales consecuencias negativas que puede acarrear la imposición de la misma. Al existir este “vacío” en torno a los cuidados, la sociedad tiene la responsabilidad de hacerle frente y ofrecer alternativas viables para garantizar el derecho de todos y todas de recibirlos. En definitiva, tanto para aquellos que

necesiten cuidados, para los que deseen brindarlos y para los que no, debe presentarse una vía efectiva de contención. Este es el desafío.

Referencias bibliográficas

Aguirre, R. – Fassler, C. (1994) ¿Qué hombre? ¿Qué mujer? ¿Qué familias? En Familias siglo xxi. Ediciones de las mujeres N° 20: Isis. Montevideo.

Aguirre, R. (1998) Sociología y Género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha. Doble Clic: Montevideo.

Aguirre, M. Dornell, T. Sande, S. (2011) Cuidado humano y Autonomía en Trabajo Social Universidad de la Republica. Montevideo. Disponible en: www.vicongresonacionaldetrabajosocial.com/pdf

Allport, G. (1962) La naturaleza del prejuicio. Editorial Universitaria de Buenos Aires: Buenos Aires.

Arriagada, I. (2010) La crisis de cuidado. En: Uso del tiempo, cuidados y bienestar. Desafíos de Uruguay y la región. Revista de Ciencias Sociales -Departamento de Sociología- Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República- Uruguay. Volumen 27.

Bentancor, A. (s/d) Relaciones Intergeneracionales. Facultad de Psicología. Unidad de Apoyo a la Investigación. abentancor@psico.edu.uy. Material inédito.

Buz, J; Bueno, B. (2006) Las relaciones intergeneracionales. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 66. Lecciones de Gerontología, X [Fecha de publicación: 16/10/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf>

Claramunt, A. (2011) La autonomía profesional ¿en procura de la autonomía de los sujetos? Trabajo presentado en el Encuentro de Trabajo Social: Autonomía, Ética y Compromiso Social. ADASU- DTS/FCS/UR- UCUDAL: Montevideo.

Filgueira, C. (1996) Sobre Revoluciones Ocultas: La Familia en el Uruguay, Ed. CEPAL, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Pag.11.

Goffman, I. (1972) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Goffman, I. (1963) Estigma la identidad deteriorada. Amorrortú Editores. Buenos Aires.

Iacob, R. (2011) Erótica y vejez. Perspectivas de occidente. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Jelin, E. (1998) Pan y afectos. La transformación de las familias. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Ludi, M. (2005) Envejecer en un contexto de (des)protección social: claves problemáticas para pensar la intervención social. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Moser, C. (1991) Las mujeres en la planificación del desarrollo: Necesidades Prácticas y Estratégicas de género. En: HEGOA, Políticas de cooperación para el desarrollo y participación de las mujeres. HEGOA. Bilbao.

Muchnik, E. (2006) Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectivas de la vejez. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Rodríguez, R. (2006) ¿Cuál es el proyecto de vida de los adultos jubilados? Un estudio descriptivo.

Disponible en: <http://psicopediahoy.com/proyecto-de-vida-adultos-jubilados/> consultado el 29/07/2012.

Rose, A. (1960) El origen de los prejuicios. Editorial Humanitas. Buenos Aires.

Vega Fuentes, A. (2008) De la dependencia a la autonomía: ¿Dónde queda la educación? Universidad del País Vasco. País Vasco.

Zaffaroni, E. (2004) Discriminación y vejez. En Molina, Silvia (comp.) Aspectos psicosociales del adulto mayor. Ediciones de la UNLa: Buenos Aires.

Zarebski G. (2011) El futuro se construye hoy. La reserva humana. Un pasaporte hacia un buen envejecimiento. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Fuentes Documentales

CEPAL (2007) Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Consenso de Quito) Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/29489/dsc1e.pdf>

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, (2009) - INMAYORES_MIDES.

Hacia un Modelo Solidario de Cuidados. Sistema Nacional de Cuidados. Rendición Social de Cuentas: Etapa Debate - 30 de agosto- 4 de noviembre de 2011. Grupo de Trabajo Interinstitucional (2012) MIDES.

IMSERSO (2004). Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.

Organización Mundial de la Salud (2000) “Impacto del Envejecimiento Poblacional en la sociedad del 2000.” Seminario 28 y 29 de Agosto del 2000. Centro de Convenciones Diego Portales, Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud (2002) “Envejecimiento Activo: un marco político. Revista Española de Geriátría y Gerontología”. Páginas 74-105. España.

Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015 (2012) INMAYORES_MIDES, Montevideo.