

GT21 Las políticas sociales en vejez en Uruguay

Sandra Sande Muletaber, sandrasande@hotmail.com

DTS-FCS-Udelar

El envejecimiento demográfico, es un fenómeno positivo ya que el avance socio-técnico ha permitido que se vivan cada vez más años. El siglo XXI deberá responder al desafío con políticas concretas, porque esta “emergencia silenciosa” ha llegado y reclama su atención.

En 2002, las Naciones Unidas convocaron a la celebración en Madrid de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. La propuesta fue promover iniciativas en todos los países para adaptarse a la enorme transformación social que está provocando el fenómeno del envejecimiento, que trasciende el ámbito de las políticas sociales.

Hay países que han tomado el desafío, el modelo español con su ley de dependencias, supuso una serie de medidas que apuntaron a incluir dentro del Estado de bienestar y completando las políticas de corte bienestarista a la dependencia de la población vieja y la población con discapacidad. Se trató de una respuesta política a las necesidades sociales vinculadas al envejecimiento de la población, la discapacidad y los cambios familiares ligados a la dependencia.

La dependencia es entendida, en este modelo como una “situación personal ligada a la falta de autonomía física o intelectual que se caracteriza por una necesidad importante y prolongada de ayuda o de asistencia para realizar los actos corrientes de la vida cotidiana, de modo particular lo referente al cuidado personal para desplazarse, vestirse, etcétera.” (Ley de Dependencia España, 2006). La dependencia ha sido un problema gestionado desde la familia constituyéndose en un problema de la cotidianidad de los individuos y sus familias, poco visible para la sociedad y los Estados.

En Uruguay, la atención a la dependencia en la vejez ha estado fuertemente sostenida en la familia y en la atención primaria a la salud. Ha sido un problema privado y sanitario. Esta situación ha conllevado a que la atención a las situaciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia, esté claramente signada por la desigualdad.

La atención que se recibe depende de las circunstancias, peripecias y capacidades de las familias y los individuos.

Se recibirá una mejor atención a partir del mercado, o a partir de un costo personal en las familias, centrado fuertemente en las mujeres. La privatización del cuidado conlleva a costos económicos, relacionales, emocionales y psíquicos, tanto para quienes son cuidados, como para quienes cuidan.

Las repuestas dadas por el Estado uruguayo han sido pocas, hay un único Hospital Geriátrico en todo el país. La población que atiende es de la capital, dejando sin cobertura a los demás departamentos, por razones de infraestructura y recursos. Pero la respuesta no está exclusivamente en la conformación de más hospitales públicos, si bien son necesarios. Una excesiva medicalización de la dependencia es costosa para el sistema sanitario y sobre todo, no resuelve los verdaderos problemas de aquellos que pierden autonomía y no puede valerse por sí mismos, ni de sus familias.

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

El Estado uruguayo ha actuado a lo largo del tiempo en la previsión de situaciones sociales a través de la provisión de bienes y servicios (Filgueira; 2006, Hernandez; 2000; Paredes; 2006 y 2008, Midaglia; 2001, Huenchuan; 1999) articulados al mundo del trabajo. Las políticas pioneras en materia de vejez fueron las de seguridad social. Esta forma de provisión ha beneficiado históricamente a las “corporaciones y las clases medias y medias bajas que percibían ingresos generalmente de la función pública y de las jubilaciones. Ello se complementó con un pilar básico del modelo que fue la prestación universalista de servicios de salud y educación” (Perdomo; 2009: 59)

El sistema de protección permanente, así como la extensión del sistema de seguridad social mediante la incorporación de beneficios no contributivos como transferencia de ingresos, se está implementando en Uruguay desde el año 2000, creándose nuevos dispositivos que aseguran el acceso a la protección social de los grupos excluidos. Los nuevos programas, de corte permanente, se conciben insertos en el sistema de seguridad social, como alternativa a la creación de sistemas asistenciales paralelos, para estos grupos se implementa la verificación de medios para establecer condicionalidades para su recepción (Arim et al,2009) Son ejemplo de esto, la expansión del régimen de asignaciones familiares hacia los hogares de menores

recursos (1999 y 2004), la prestación monetaria del ingreso ciudadano (PANES, 2005) y la reformulación de las asignaciones familiares (Plan de Equidad, 2008)

En Uruguay los planes implementados incluyen “entre sus prestaciones esenciales transferencias de ingresos, se han convertido en una estrategia de acción generalizada en América Latina, la particularidad del caso uruguayo reside en la forma en que se pretende ensamblarlos con el resto de las intervenciones públicas. Aparentemente se intenta que estas iniciativas se transformen en uno de los eslabones articuladores de los servicios universales de bienestar con los programas específicos de protección o asistencia social” (Midaglia.2007)

Las transferencias públicas se producen a través de una asignación de recursos desde el Estado a grupos de personas visualizadas como “carentes”. Esta transferencia está sujeta a criterios de asignación: desde la necesidad o la pobreza, hasta la lógica de derechos universales. En el primer caso, estarán sujetas a demostración, para aquellos que no acrediten “necesidad” la supervivencia dependerá del intercambio en el mercado, será pues una relación mercantilizada (Esping- Andersen, 1990) La verificación de medios adopta fundamentalmente dos modalidades en nuestro país: la declaración de ingresos por debajo de determinado monto (asignaciones familiares hasta 2007) o índices de privación (ingreso ciudadano) combinados con niveles de ingreso.

De los análisis realizados sobre la implementación de este tipo de políticas (2009: Debate Sobre políticas Sociales), los resultados son limitados: positivos en escolaridad, salud y alimentación de hogares pobres, pero no han sido activos en la eliminación de la pobreza en el corto plazo y sobre todo los impactos son inciertos en el aspecto educativo del capital humano y en la reducción de la pobreza en el largo plazo.

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

Como contrapartida, estos programas aumentan las expectativas que tiene la población con respecto al papel del Estado en la reasignación de recursos, el enfoque

asistencial en el que se asientan, tiende a generar entre quienes las reciben, “muestras de gratitud antes que un fortalecimiento de la ciudadanía o de la noción de derechos, afirmación positiva en el acceso de las mujeres a la política social, en particular mediante el acceso a las transferencias” (Martinez J y Koen Vooerend; 2007)

Una de las críticas más fuertes que se le hacen a las transferencias condicionadas se basa en la supuesta predisposición de los beneficiarios a depender del subsidio. De los estudios realizados en los distintos programas producto de los dispositivos de monitoreo y evaluación (Brasil, México, Colombia) no surgen datos relevantes que muestren efectos negativos en el mercado laboral, sobre todo por el monto y alcance del subsidio, que no alcanza a sustituir los ingresos familiares.

Otra crítica que se le realiza es el carácter asistencialista que tienen estos programas y con la capacidad de sostenerse en cuanto a inversión y capacidad fiscal del Estado, habida cuenta que la mayoría de estos programas han sido financiados con créditos internacionales. La ventaja que tienen es la inmediatez en la resolución de los problemas, con la salvedad que logren una adecuada focalización en los más necesitados.

La discusión central sobre los criterios éticos y distributivos que entran en cuestión parten de la oposición entre dos lógicas: por un lado una lógica meritocrática y por otro una igualitarista de distribución de recursos. La idea del merecimiento está apoyada en la historia de lucha del movimiento sindical, a partir de su defensa de los niveles contributivos. Aun embargo, la mayor parte de la protección social está ligada al trabajo remunerado formal, que funciona desde una lógica de merecimiento “aporté: tengo derecho a determinada prestación”. Los estados de bienestar tienen su sustento en esto.

Pero en la actualidad cuando la segmentación del empleo hace que muchas personas no tengan acceso a un empleo formal, es por lo menos problemático pensar en un sistema contributivo de prestaciones sociales, aún más, cuando estas contribuciones, de poder realizarse, al tener empleo formal son obligatorias y no voluntarias ¿no son más un resultado de azar que del mérito? si no existen igualdad de oportunidades ¿hay merecimientos? La proporción de quienes con su esfuerzo pueden acceder ¿tiene que ver con talentos y calificaciones o con oportunidades de acceso?

Los Estados tienen como rol específico y normativo: cubrir ciertos riesgos contingentes que enfrentan las personas a lo largo de la vida. Esos riesgos son de distinta

naturaleza y se dan en función del lugar específico donde las personas ubican su trayectoria vital y pueden vincularse al desempleo, la enfermedad, la discapacidad o asociarse al derecho a tener un retiro pago, una vez alcanzada cierta edad .

La oferta pública de incentivos, bienes y servicios que se ofrecen a esta población fueron relevadas por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social en el año 2007 y a ese momento contaba con 269 programas sociales. Los objetivos de los programas dan cuenta de las áreas específicas de los organismos que las implementan

Según las tipologías de políticas de vejez propuestas por Huenchuan (1999) y Morris (2007) se pueden distinguir:

- 1- Políticas orientadas a la pobreza y la vulnerabilidad. Ejemplo de éstas son las prestaciones monetarias del tipo Asistencia a la Vejez, así como las pensiones y jubilaciones. Incluidas en esta clasificación las políticas implementadas por el Banco de Previsión Social (jubilaciones y pensiones), Ministerio de Desarrollo Social, con la Asistencia a la Vejez, y el Ministerio de Salud Pública, con el Hospital Piñeyro del Campo.
- 2- Las políticas orientadas a la integración social. Están vinculadas a la inserción social de los adultos mayores con pérdida de autonomía, ejemplo de éstas son las acciones de ayuda en las actividades cotidianas, como medida alternativa a la institucionalización, este tipo de políticas no han sido implementadas, aunque se podrían conceptualizar dentro de éstas el otorgamiento de una ayuda extraordinaria por parte del Banco de Previsión Social para la rehabilitación de las personas con discapacidad.
- 3- Las políticas orientadas a la afirmación de derechos. Estas políticas están vinculadas al reconocimiento de los adultos mayores como sujetos de derechos, en esta clasificación entraría la creación del Instituto del Adulto Mayor por parte del Ministerio de Desarrollo Social
- 4- Políticas orientadas a la vulnerabilidad. Lo que se pretende por medio de éstas es “anticipar y desactivar” determinados riesgos. Aquí podríamos incluir algunos programas del Ministerio de Salud Pública.

Los programas que atienden a ésta población no son nuevos. Se puede definir un primer período en la creación de programas de protección a las personas adultas mayores en la etapa de formación del sistema de protección social del Estado uruguayo. Una segunda etapa corresponde al período del neobatllismo hasta la dictadura, un tercer período que va desde la restauración de la democracia en el año 1985, con el gobierno de Sanguinetti, y un cuarto período a partir de la llegada de la izquierda al gobierno a partir del 2005.

Al finalizar el segundo gobierno de izquierda en el país, se han procesado cambios moderados con respecto a las políticas que atienden a la vejez. Sigue en el debe la implementación del Sistema Nacional de cuidados, hay algunos avances desde el Ministerio de desarrollo social (MIDES) con respecto a las personas con discapacidad severa, se ha modificado por rendición de cuentas la implementación del contralor de las residenciales para personas adultas mayores, pasándose a la órbita de ese ministerio, concretamente desde la injerencia del Instituto del Adulto Mayor, pero queda mucho por hacer.

La propia creación del instituto del adulto mayor (Inmayores) en la órbita del MIDES es un avance en cuanto este organismo centralizaría la implementación de políticas dirigidas a esta población, pero estamos aún en las primeras etapas. El desafío se plantea hacia el próximo gobierno ¿Será un tema de agenda? De la visibilización que se le dé al tema, resultará en la concreción de políticas sociales para la vejez en Uruguay.

El desafío está en dar cuenta de la importancia de la temática, para eso es necesario que la sociedad, la academia, y los actores políticos comprendan la importancia de la necesidad de regular las políticas hacia la vejez en el Uruguay.

Bibliografía

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

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

Barran, P; Nahum B.(2002) “Historia política e historia económica” Montevideo: Ed. de la Banda Oriental.

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

Cepal (2006) “Programas sociales y transferencias de ingresos” en: Uruguay serie políticas sociales No 146.

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

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

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

Golbert L. y Giacometti C. (2008) “Los programas de transferencia de ingresos condicionados: el caso argentino” IEHC – CIEPLAN.

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

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

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

Otero A., Zunzunegui M, Rodríguez-laso A, Aguilar M, Lázaro P. (2004) "Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española". Rev esp Salud Pública.

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

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

Van der Venn; Groot Lock y Lo Vuolo,(2002) "La renta básica en la agenda: objetivos y posibilidades del ingreso ciudadano" Ed. Miño y Dávila. CIEPP.

Villatoro P. (2005) "Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina" en: Revista de la Cepal nº 86 . Ed. CEPAL.