

Trabajo Social en el campo gerontológico: Aportes a los ejes de un debate.

Autores: Jorge Paola, Natalia Samter y Romina Manes



1ra. Edición, 2011.

Espacio Editorial

ISBN 978-950-802-337-7

192 p.

Material elaborado con fines educativos.

Capítulo II (p.45-86)

Una cronología histórico-social a la manera de una línea de tiempo

“... 1970 era una época muy importante, muy compleja y revitalizante en muchos sentidos, porque hizo que –en nuestro campo– los psicoanalistas salieran de la torre de marfil que era el consultorio, para insertarse en el mundo social, económico y político que había alrededor...”

Leopoldo Salvarezza (1997)

La temática acerca de qué respuestas brindar hacia la situación de los mayores en nuestra sociedad no es una inquietud novedosa. Podemos ubicar las primeras acciones del Estado destinadas a las personas mayores hacia fines del siglo XIX, brindadas conjuntamente con otras medidas orientadas a mitigar y a su vez ocultar la pobreza y la mendicidad. Puede interpretarse que la concepción que subyace a esas decisiones políticas consideraba vejez y pobreza como sinónimos.

La creación de los primeros asilos en el área metropolitana de Buenos Aires tiene por finalidad el disimular la proliferación de mendigos en las calles porteñas. Esas primeras construcciones posteriormente fueron destinadas en forma exclusiva a los mayores indigentes. Estas medidas, como las que siguieron, responden, tal como lo venimos afirmando, a una determinada concepción acerca de qué hacer con los viejos, denotando en sí mismas la concepción de viejo y de vejez que contenían. Afortunadamente para los mayores, las concepciones que dieron origen a estas primeras medidas del Estado fueron variando por numerosos factores económicos, políticos, sociales y culturales, y aún hoy se encuentran en permanente mutación.

En el presente capítulo pretendemos realizar una descripción de los cambios históricos que se fueron desarrollando en torno a la cuestión social de la

–hoy denominada- población adulta mayor (PAM). Cuando mencionamos a la cuestión social nos referimos también a la forma en que fue incluida la problematización de la pobreza de los mayores en diferentes momentos, vinculados con la historia del país y con los desarrollos que, a nivel mundial, se fueron sucediendo y que brinda el sustento ideológico a diferentes formas de intervención desarrolladas para con los mismos. Nuestro trabajo apunta a identificar esas diferentes conceptualizaciones, sus modificaciones y las, consecuentemente, diferentes propuestas de actuación planteadas desde el ámbito gubernamental.

Nuestro análisis abarca los primeros años del siglo XIX hasta nuestros días y toma las diferentes medidas implementadas por el Estado en el ámbito metropolitano de Buenos Aires, incorporando algunos aportes que hacen al desarrollo del campo gerontológico. Para concretar esta tarea hemos consultado documentos históricos y fuentes secundarias que nos permiten identificar cinco momentos en los cuales se destacan determinadas concepciones sobre los criterios o ideologías prevalentes en cuanto a la vejez y los viejos, las cuales orientan determinado tipo de políticas gubernamentales. Lo que buscamos afirmar es que en cada uno de estos períodos existieron respuestas diferentes a los interrogantes sobre: qué es un viejo, qué rol social le corresponde al viejo, y por ende, cuál es el objetivo de las políticas públicas destinadas a los viejos.

Identificamos el primero de los períodos en forma simultánea al momento de formación del Estado Argentino. Como desarrollaremos más adelante, la ideología de la generación de 1880 sentó las bases para la constitución de las sociedades benéficas (las oficiales y las de las sociedades filantrópicas de los inmigrantes) centralmente a partir de la segunda década del siglo XIX, momento en que se ubican los primeros antecedentes de la asistencia social, y surgen en nuestro país los primeros asilos de ancianos.

El segundo período se desarrolla durante el primer gobierno del General Juan Domingo Perón y se encuentra fuertemente influenciado por los cambios en las políticas públicas que se desarrollaron en el marco de la expansión de la sustitución de importaciones y la del Estado Protector en la Argentina.

El tercer período se vincula con el surgimiento de las ideas desarrollistas de la década de 1960 y con la consecuente tecnificación de las políticas destinadas a la pobreza y a otras problemáticas sociales. Durante este período se observa el surgimiento a nivel mundial de las nuevas teorías sociológicas sobre el envejecimiento humano, que sientan las bases sociales acerca de la búsqueda de respuestas frente al envejecimiento poblacional. Por otra parte los aportes de Michel Foucault e Irving Goffman, van a incidir críticamente sobre los procesos de institucionalización, y específicamente en Trabajo Social de la Argentina y de la región tiene gran impacto en este período el proceso de reconceptualización que impulsará la generación de 1965.

El cuarto período se desarrolla a partir de la innovadora propuesta de atención a mayores planteada por la creación del INSSJ y P-PAMI, observando posteriormente la influencia de la reinstalación de los principios democráticos en la década de 1980 y cerrando este momento bajo la influencia de las políticas neoliberales consolidadas en la década de 1990, pero impuestas en la región años antes de dicho período.

Finalmente, ubicamos el quinto período a partir de la crisis socio-política y económica ocurrida a fines del año 2001 en nuestro país, que marca las pautas ideológicas que se suman al reclamo acerca del descuido existente en materia de políticas públicas que puedan establecer parámetros sobre la posición de los mayores en la sociedad argentina.

Primer período (1820-1947): Expansión del paradigma “asilar” en la atención de los mayores

Los primeros intentos del incipiente Estado argentino destinados a intervenir en asuntos sociales fueron a través de la instrumentación de la beneficencia. Con ese fin fue creada el 2 de enero de 1823, por decreto del entonces Ministro Secretario de Gobierno Bernardino Rivadavia, una sociedad de damas denominada Sociedad de Beneficencia, la cual debía perseguir *“la perfección de la moral, el cultivo del espíritu en el bello sexo y la dedicación del mismo a lo que se*

llama industria, y que resulta de la combinación y ejercicio de aquellas cualidades” (Tenti Fanfani, 1989; 9).

La Sociedad de Beneficencia fue, desde sus orígenes, un espacio para que las mujeres provenientes de los estratos más altos de la estructura social porteña realizaran tareas de educación moral. Su fundación se produce en un momento en que desde el naciente Estado se disputan ciertos ámbitos de poder a las corporaciones religiosas, como parte de un proceso más amplio de secularización de la vida social y política que los Estados modernos asumen. Por este motivo, la beneficencia no representa un quiebre con el modelo anterior de la caridad cristiana, sino que continúa reproduciendo algunos de sus patrones básicos: *“La filantropía, como valor universal, busca desplazar el concepto cristiano de caridad, al mismo tiempo que no se le opone, sino que lo engloba dentro de un referente más universal, la moral laica de origen racional y no revelada”* (Tenti Fanfani, 1989; 18).

A la Sociedad se le encomienda la tarea de asistir a niños, mujeres y jóvenes pobres¹ a través de instituciones, que originariamente estaban en manos de órdenes religiosas y que por Decreto en 1822 habían pasado a la órbita del Estado. A pesar de esto, *“una vez que esta Sociedad se hace responsable, devuelve algunas a manos religiosas para su dirección”* (Facciuto, 2005; 34). La creación de la Sociedad significaba la presencia del Estado en lo relacionado a funciones de la acción social. La pobreza no era visualizada en el contexto de desigualdad que el sistema de relaciones político económicas producía, sino que se la concebía ligada a dos cuestiones fundamentales: se es pobre por el azar (la enfermedad, la muerte, el accidente, etc.) o por la inmoralidad. *“Ambos motivos no*

¹ Dentro de las expresiones hispanas comunes en el siglo XIX es habitual encontrar cierta clasificación de las personas pobres: *pobres de solemnidad*, hacía referencia a los que era imposible que tuviesen alguna posibilidad de acceso a algún bien material; *pobres transeúntes*, a los que vagaban pidiendo limosna; *pobres vergonzantes*, a los que no estaban catalogados como pobres y no podían pedir limosna, pero tenían necesidad; *pobres a medias*, los que alternaban el pedir limosna con ganarse algún dinero con trabajos esporádicos; y *vagabundos*, se los identificaba, más o menos, con los mendigos, aunque tenía una significación más peyorativa: pobres vagos o que usaban “la picaresca” para hacerse pasar por tales.

se encuentran muy distantes entre sí: la necesidad puede llevar a la inmoralidad y la ausencia de virtud provoca la necesidad” (Tenti Fanfani, 1989: 25). Las acciones de beneficencia no constituyen una respuesta del Estado a una demanda o exigencia de los necesitados, sino que adquieren significado si se las ubica dentro del conjunto de una estrategia de dominación.

Dentro de sus acciones, la Sociedad se concentrará en la instauración de algunos asilos de menores, de ancianos y en algunas instituciones de salud. Sus intervenciones tenían un carácter paraestatal, ya que recibían financiamiento público pero la gestión se realizaba desde la intervención privada.

De esta manera, las primeras acciones deliberadas que incluyeron a las personas mayores de nuestro país, fueron aquellas que, procurando “esconder el espectáculo de la mendicidad”, propiciaron su reclusión en instituciones creadas para tal fin: los “asilos”.

El paradigma “asilar” surge en Europa en el siglo XIX con el objetivo de vigilar y castigar a quienes debe educarse y corregirse (niños, locos, presos, etc.). Este sistema marca una diferencia sustancial con el sistema anterior: deja de lado el castigo físico para proveer castigo al alma². La creación de asilos en nuestro país tiene como objetivo ocultar a los pobres de manera ejemplar. Este hecho queda de manifiesto al indagar en las Memorias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires del año 1860³, donde se detalla el acuerdo celebrado durante el gobierno de Viamonte, el 27 de octubre de 1857 por el cual se crea “un Asilo de Mendigos para la reclusión de los individuos de ambos sexos que se encuentran en este caso...⁴”. Dicha institución debía de construirse en un año, dando lugar a la inmediata sanción de una ordenanza municipal prohibiendo la mendicidad (3 de septiembre

² Michel Foucault analiza profundamente el surgimiento de las instituciones carcelarias en su libro *“Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión”*. Asimismo, en su libro *“Internados”*, Irving Goffman analiza las implicancias de la vida en las instituciones que denomina “Totales”.

³ Esta referencia es obtenida del trabajo que publicara el Área de Investigaciones Aplicadas del INSSJ y P PAMI en diciembre de 1986 bajo el título “Algunas características de los establecimientos para la atención prolongada a personas mayores” y cuyos autores son el Prof. Carlos Suárez y la Lic. en Trabajo Social Mirta Zatelli.

⁴ El perfil de mendigo se describe como: “El anciano desvalido, el inválido por accidente de trabajo, el que por dolencias crónicas se encuentra impedido de trabajar o bien es rechazado de los puestos de trabajo” (Alayón, 1980)

de 1858), “la mendicidad por las calles ha sido prohibida por una ordenanza, después de instalado el asilo; y aunque no del todo, la población está exenta del penoso espectáculo de los mendigos que han disminuido notablemente. Ha cesado desde luego esa triste industria a que se entregaban muchos individuos de ambos sexos, abusando de la pública caridad y la ciudad queda dotada de un establecimiento que le hace honor...”. La administración, sostén y mantenimiento quedó a cargo de una sociedad filantrópica, unida a una Comisión Municipal de Educación, acordándose que los recursos económicos “serán derivados de los fondos de Asociación y de los aportes de la caridad pública”. Con esta medida se intentan resolver varias problemáticas diferentes, la vejez, la invalidez y la pobreza.

Una visión más completa acerca de cómo era la vida dentro del “Asilo de Mendigos”, posteriormente denominado “Asilo Gobernador Viamonte”⁵, es su reglamento interno, el cual contenía normativas que regulaban la vida de los asilados, originadas en el año 1890 como las que se citan:

-“Toda persona admitida en el establecimiento, desde su entrada contrae la obligación de conformarse a las prescripciones de este reglamento...”.

-“A las cinco y cuarto de la mañana se anunciará por toque de una campana, la hora de levantarse, nadie podrá efectuarlo antes...”.

-“De las seis a las siete, cada uno se arreglará su cama, vaciará su vaso de noche en la letrina... y cuidará de no dejar cosa alguna debajo, en derredor o encima de la cama...”.

-“A las siete se tocará la campana para reunirse en el comedor, hacer una plegaria y recibir el desayuno en orden y silencio...”.

⁵ El Asilo Gobernador Viamonte se encontraba ubicado en el predio que actualmente ocupa el Centro Cultural Recoleta en la Ciudad de Buenos Aires. En el año 1942 se evaluó que el mismo debía ser trasladado a “un lugar más tranquilo y de vecindad más cómoda” para sus 1.000 asilados, pero la mudanza recién se concretó durante de la dictadura militar en el año 1976, a dependencias del actual Hogar Martín Rodríguez (dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) en la localidad de Ituzaingó, Provincia de Buenos Aires.

-“Después del desayuno se entregarán a las ocupaciones que se les asigne(...) sin pretender ninguna retribución”.

-“A las nueve y media tocará la campana para tomar el almuerzo”.

-“A las doce del día se distribuirá agua caliente para tomar mate”.

-“De una a dos de la tarde podrán visitar a los compañeros enfermos”.

-“A las tres y media, serán llamados nuevamente para la comida” (cena).

-“A las cinco se tocará campana para las plegarias de la noche”.

-“A las seis se distribuirá nuevamente agua caliente para tomar el mate”.

-“Después de las seis de la tarde, pueden acostarse libremente, pero al sonar las campanas de las ocho, deben cada uno retirarse a su dormitorio respectivo”.

-“La entrada libre queda absolutamente prohibida”.

-“Los asilados no tiene días fijos de salida pero la Superiora está autorizada para concederles un permiso de tres veces al año”.

-“Los asilados no deben tener baúl en los dormitorios, a su entrada deben entregar su ropa a la ropería del establecimiento”.

-“Los asilados deben permitir, cada vez que sea necesario, la revisión de su cama y mesa de noche, sin hacer la menor observación”.

-“Ningún asilado puede entrar a la botica, cocina, despensa, huerta y talleres de carpintería, sastrería, etc.”

-“Ningún cuadro, imagen u otro objeto cualquiera debe colocarse en las paredes”.

-“Todo juego queda absolutamente prohibido”.

-“Los asilados hallándose reunidos por la común desgracia, bajo un mismo techo, donde la caridad pública les proporciona una vida cómoda y tranquila, deben todos respetarse mutuamente, para vivir en paz y buena armonía, y estar en el deber cada vez que ocurra alguna desavenencia, de presentar sus quejas ante la Hermana Superiora y no hacerse jamás la justicia por sí mismo” (Suárez, Zatelli, 1986: 2)

En estas normativas podemos deducir que la representación existente respecto de los asilados era claramente culpabilizadora de su situación, debiendo los mismos mostrar gratitud y respeto por el solo hecho de ocupar un lugar en el asilo. La imagen transmitida es de un estricto orden marcado por el toque de campana, y la esperada pasividad de los convivientes. Se excluye la idea de realizar actividades ligadas al interés personal (incluso juegos), y se prohíbe la posesión de cualquier tipo de elemento personal (para los cuales se carecía de espacio de guardado). Los asilados al ingresar dejaban de lado su vida anterior (incluidos sus vínculos) y pasaban a destinar su tiempo a las tareas encomendadas por las encargadas del asilo (asociadas a tareas de limpieza y mantenimiento del lugar). Su obligación era la de acatar el reglamento, no generar conflictos y vivir en armonía como compensación por la vida “cómoda y tranquila” que recibían.

La arquitectura de los asilos es pabellonal, estructura que todavía puede apreciarse en muchos hogares y hospitales concebidos en aquella época. El modelo de atención empleado se encontraba estrechamente vinculado a la práctica médica y legal. Era asistencial porque encontraba su justificación en las ideas liberales imperantes en el momento de su auspicio, “naturalizando” la pobreza, y respondiendo a un “status quo” ligado a vindicar las estructuras conocidas, sin alterar el sistema de inequidades que garantiza normativamente el capitalismo vigente en aquel entonces.

Las estrategias para encarar los problemas de la vejez vulnerable en este período, estuvieron constituidas casi exclusivamente por las acciones de caridad implementadas por la Sociedad de Beneficencia (creación de hospicios, diversos

tipos de ayuda, etc.) que consideraban la atención de la pobreza en general, incorporando a los viejos por su condición de pobres.

Hacia fines del siglo XIX, y *“debido al ingreso de grandes contingentes de inmigrantes desde 1880, el 60% de los asilados era de origen extranjero”* (Freysselinard, Oddone, Paola y Passadore, 2000; 394). Las colectividades extranjeras constituían sociedades de socorros mutuos que buscaban dar respuesta a las necesidades de su población. Con esta finalidad fueron creados numerosos albergues y “asilos” por parte de las Sociedades Filantrópicas de las comunidades israelita, francesa, italiana, española y suiza. Todos ellos son expresiones de la preocupación de la sociedad por los adultos mayores en nuestro país, en el marco del paradigma “asilar” vigente.

Cabe destacar que hacia fines del siglo XIX nuestro país tenía una estructura de edades con gran proporción de niños y niñas y relativamente poca población de edades avanzadas, como ocurría en casi todos los países del mundo salvo los europeos. *“Alrededor de 1920 comenzó el proceso de aumento de la proporción de la población de 60 años y más que continúa en forma ininterrumpida, aunque irregularmente, desde entonces”* (Recchini de Lattes, 2000; 17).

En 1880, con la federalización de Buenos Aires, el Gobierno Nacional y el de la Provincia de Buenos Aires, acuerdan pasar la Sociedad de Beneficencia al ámbito de la Nación. *“Para los pensadores de la generación del 80, la cuestión social era un problema que pasaba por establecer el ‘orden’ como aspecto fundante del progreso; por ello era fundamental garantizar la inserción de la economía agro-exportadora al mercado internacional dentro de los preceptos liberales; ello traería un cambio económico y luego un cambio social”* (Rozas Pagaza, 2004; 52).

Una lectura amplia del plano internacional nos indicaría que la Sociedad de Beneficencia creció en nuestro país a la par que lo hacía el estado oligárquico instaurado a partir de 1860, correspondiendo el mismo a una economía agroexportadora, pero dichos alcances van a encontrar en las contradicciones de la evolución capitalista su propio límite. Tanto el estallido de la primera guerra mundial como el crack de la Bolsa de Nueva York en 1929 van a afectar la

economía de la región provocando fuertes modificaciones a la marcha de los gobiernos y a sus decisiones acerca de las prioridades políticas.

La imagen de vejez que construirá la generación de 1880 a través de su principal aparato, es decir el “Estado Educador”, tendrá en adelante una revalorización del anciano. Este lugar es construido sobre la base de un anciano que poseía una integración social muy fuerte. La cuestión social de los mayores en este período aparece circunscripta al viejo mendigo.

Hacia fines del siglo XIX, surgieron las primeras leyes jubilatorias, que se mantenían todavía dentro del concepto graciable o semigraciable de los beneficios (entregado como beneficio, sin aportes previos) y comprendían solamente a determinados grupos de funcionarios y empleados de la Nación. Recién en las leyes de presupuesto para los años 1901 a 1904 se dispuso deducir el 5% de los sueldos de los empleados públicos y de los jubilados en concepto de aportes personales para ir generando un fondo de jubilaciones⁶. Los primeros regímenes orgánicos por actividades se extendieron desde 1904 hasta 1939. En el “Libro Blanco de la Previsión Social” consta que “la Ley 4349, del año 1904, creó la Caja Civil para los trabajadores que desempeñaban cargos permanentes en la administración estatal y cuyas remuneraciones figuraban en el Presupuesto Anual de Gastos de la Nación: docentes y empleados del Consejo Nacional de Educación, empleados de bancos oficiales y de ferrocarriles argentinos, magistrados judiciales y funcionarios con cargos electivos. (...) El artículo 1 de la Ley 4349 contiene una declaración de singular trascendencia: los fondos y rentas de la Caja son propiedad de las personas comprendidas en su régimen. Esto quiere decir que los fondos de la Caja tenían un destino determinado: el pago de jubilaciones y pensiones a los afiliados”. Más tarde, y después de numerosos reclamos, se sancionó la Ley 10.650 que puso en funcionamiento el nuevo régimen jubilatorio para el sector ferroviario (privado). A partir de entonces, la previsión social llegaba al ámbito de las empresas privadas y dejaba de ser un privilegio de los empleados del gobierno.

⁶ En 1904 se dictó la Ley número 4.349, "Ley de montepío civil", que estableció el primer régimen orgánico de previsión social, iniciando la etapa moderna de la evolución de los sistemas previsionales en Argentina.

Con el paso de los años, las acciones asistenciales del Estado fueron tecnicizándose y complejizándose. En el año 1933 se desarrolla la Conferencia Nacional de Asistencia Social, convocada por el Gobierno Nacional, lo que representa un hito importante en el proceso de racionalización de las mismas⁷. En 1934 encontramos en un proyecto de ley de asistencia y previsión social en el que se detalla: *“Todo argentino tiene derecho (...) a ser reconocido gratuitamente por las autoridades públicas en los actos de desamparo ocasionados por abandono en la menor edad, desocupación, enfermedad, invalidez y vejez”* (esto se destaca en el artículo primero del documento), lo que resulta un hecho sin precedentes en nuestro país. En 1940 se crea el Registro Nacional de Asistencia, y en 1941 se decreta la creación de la Dirección General de Subsidios. Dos años después, ambas dependencias se incorporan a la Dirección Nacional de Salud Pública. En 1944 se constituye la Dirección de Asistencia Social, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la cual pasará a centralizar todo lo que concierne a Asilos u Hogares, Patronato Nacional de Ciegos, Comisión Nacional de Ayuda Escolar y Lotería de Beneficencia. De esta manera, la política social del Estado se va diferenciando y segmentando progresivamente, y su expansión marca *“el ocaso definitivo de la Sociedad de Beneficencia como institución y como estrategia del Estado en materia de intervención social”* (Tenti Fanfani, 1989; 76). En el año 1944 se propone un cambio en la nomenclatura oficial de las instituciones públicas, y la palabra “Asilo” es reemplazada por “Hogar”.

La Sociedad de Beneficencia fue intervenida en el año 1947 durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón. Posteriormente pasa a integrar la Dirección Nacional de Asistencia Social, creada por la Ley 13.341 del 28 de septiembre de 1948. Esta medida se relaciona con la intención del gobierno de establecer un Estado de Bienestar organizado, pero también con las deficiencias de la Sociedad de Beneficencia en la manera de dar respuesta a las problemáticas sobre las cuales intervenía.

⁷ Entre sus múltiples secciones se resalta la 8ª y la 11ª destinadas a “La Construcción de asilos y establecimientos de asistencia social” y la “Asistencia a los incapaces de trabajo: ancianos y tarados (sic) por defectos físicos”

A nivel mundial, la gerontología científica se inaugura con los aportes del norteamericano Cowdry en 1939, con el texto por él dirigido *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento). En esta obra, se incorporan al tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad, los aspectos psicológicos y sociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología. Es también en 1939, bajo los auspicios de la Macy Foundation, cuando se funda en Estados Unidos la primera asociación para la investigación del envejecimiento (Club for Research on Aging). A pesar de esto, recién después de la Segunda Guerra Mundial se concreta la fundación de la mayor parte de las asociaciones de gerontología, comenzando por la norteamericana, la “Gerontological Society” en 1945. También en estas fechas empiezan a aparecer diversos espacios de expresión de la gerontología científica, comenzando por el *Journal of Gerontology* publicado en 1946, una de las revistas de mayor reconocimiento e impacto en el área.

En síntesis, en este período asistimos a las primeras acciones que incluyeron a los mayores, y lo hicieron en el marco del paradigma “asilar” vigente para el tratamiento de todo aquello considerado como “desviado”. Si bien estas políticas permitieron que las necesidades básicas de alojamiento, alimentación y vestimenta de una gran parte de mayores en situación de extrema pobreza fueran cubiertas por el Estado, la concepción culpabilizadora de los asilos imponía el deber de gratitud por lo recibido. Con el correr de los años esta situación irá cambiando.

Segundo período (1947- 1955): La vejez desde la perspectiva de la justicia social.

A partir de 1946 se instaura formalmente en nuestro país el gobierno peronista, y con él se produce un cambio en las políticas sociales estatales asociado al desarrollo de una forma particular de Estado de Bienestar Social. El

mismo continuará, después del golpe militar de 1955, y hasta la década de 1970, pero con una orientación diferente.

Como se mencionó anteriormente, el 28 de septiembre de 1948 se crea la Dirección Nacional de Asistencia Social, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión. La Sociedad de Beneficencia y las entidades de igual carácter existentes pasaron a depender de esta Dirección. Unos meses antes, la Fundación de Ayuda Social obtenía personería jurídica y, a partir de 1950, se pasó a denominarse “Fundación Eva Perón”. Esta institución fue la encargada de ejercer el control de la asistencia social en todo el país, opacando a la Dirección Nacional y ejerciendo una especie de monopolio en la dirección general de la acción asistencial del Estado. Durante los dos primeros gobiernos peronistas (1946-1955) surge una nueva concepción y un nuevo estilo de acción asistencial. Pero para algunos autores, *“la ayuda social desplegada bajo la dirección de la Fundación Eva Perón introduce elementos de ruptura con la tradición anterior y, al mismo tiempo, conserva rasgos típicos de la estrategia de beneficencia y asistencia social”* (Tenti Fanfani, 1989; 76).

La Fundación Eva Perón desarrolló actividades bajo dos modalidades principales:

- Por una parte continuó brindando ayuda social bajo la forma de atención integral en grandes establecimientos de internación (hospitales regionales, hogares de ancianos, hogares-escuela, hogares transitorios, centros turísticos, etc.).
- Por otra parte distribuyó subsidios y bienes materiales de muy diversa índole y en grandes cantidades. “En general, los bienes y servicios son asignados caso por caso en virtud de una demanda que recibe un tratamiento más o menos arbitrario por parte de quien tiene el poder de distribuir y asignar” (Tenti Fanfani, 1989;80).

En relación a las personas mayores, la Fundación tiene el mérito de lograr que nuestro país se constituya en la primera nación en proclamar los Derechos de la Ancianidad. En los fundamentos de tal iniciativa se expresa: *“El problema de la vejez abandonada dejó de ser una seria preocupación en nuestro país. Por iniciativa de la Fundación de Ayuda Social (...), se proclamaron el 26 de agosto de 1948 los Derechos de la Ancianidad, contenidos en un decálogo en el que se garantiza a los hombres en la última etapa de su vida, el bienestar a que tienen*

derecho por haber dado su esfuerzo en bien de la colectividad. Esta conquista, que señala una etapa trascendente en la política social del gobierno, fue incluida en nuestra Constitución, por la Asamblea Constituyente reformadora, el 11 de marzo del año 1949". Estos derechos incluían:

- Derecho a la asistencia: todo anciano tiene derecho a su *protección integral*, por cuenta y cargo de su familia. El Estado *debe proveer dicha protección* en forma directa o por intermedio de institutos y fundaciones creadas.
- Derecho al albergue higiénico. *"A la vivienda digna, con un mínimo (...) de condiciones hogareñas"*.
- Derecho a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto.

Otras acciones de la Fundación dirigidas a los adultos mayores fueron:

-Gestión para la sanción de una ley de pensión a la ancianidad.

-Construcción de cinco Hogares de Ancianos. Según los preceptos de la Fundación, los antiguos hogares de ancianos, dependientes de la Sociedad de Beneficencia, no proporcionaban a sus residentes nada que los hiciera sentir parte de la sociedad. En cambio, los ancianos que se ubicaban en los nuevos Hogares podían trabajar, el trabajo era optativo y remunerado. *"Los asistentes sociales también participaban en ese proceso a través de charlas y entrevistas de orientación"* (Carballeda, 1995; 63).

En las distintas argumentaciones se puede distinguir una conceptualización del "anciano" como sujeto con necesidades específicas, diferenciado de otros grupos vulnerables. La proclamación de los derechos de la ancianidad, y su posterior rango constitucional en la versión de 1949, constituyen hechos novedosos e innovadores a nivel mundial, asignando un espacio social nunca antes pensado para este grupo etario.

Desde su discurso, el peronismo asigna a las acciones de ayuda social el lugar de complemento de las estrategias destinadas a lograr la Justicia Social. En

palabras de Eva Perón: *“Resulta innegable que ésta (la ayuda social) es complemento de aquélla (la justicia social)”*. Mientras que la segunda *“juega en el orden de los seres aptos para el trabajo”, la primera tiene como objeto “auxiliar a los que no pueden trabajar”*. *“Dentro de este marco, la ayuda social tiene un carácter proclamado como transitorio. En efecto, cuando la justicia social sea una realidad ya no habrá necesidad de ayuda. Todos los individuos quedarán amparados por las redes formales de los sistemas de prestación de servicios sociales, o bien podrán adquirirlos en el mercado”* (Tenti Fanfani, 1989; 81).

Por otra parte, el discurso peronista produce otro cambio respecto del período anterior: las acciones asistenciales se orientan a concretar un derecho, ya no una obligación de los miembros más privilegiados de la sociedad. *“Esta representación es importante desde el momento que es asumida por sectores relevantes de la clase obrera y de las capas más pobres del país. Estos comienzan a traducir sus necesidades objetivas en intereses explícitos y hasta en demandas puntuales formuladas por sus organizaciones representativas ante las instancias donde se deciden las políticas públicas”* (Tenti Fanfani, 1989; 82). En palabras de Eva Perón: *“yo siempre he luchado contra la beneficencia. La beneficencia satisface al que la practica. La ayuda social satisface al pueblo, que es quien la realiza. La beneficencia deprime; la ayuda social dignifica. La beneficencia no; ayuda social si; porque significa justicia”* (en Alayon, 1980; 52).

El trabajo social con adultos mayores fue ganando espacios en la medida que se expandió el Estado de Bienestar en nuestro país. Sin embargo su perspectiva continuó asociada al trabajo con los ancianos por su condición de pobres, y a su vez vinculando esta situación a desajustes individuales. A diferencia con lo ocurrido en los países desarrollados, las políticas sociales de este período estuvieron más centradas en el resguardo del orden social y la legitimidad de los patrones de acumulación capitalista que en los principios de igualdad. Del mismo modo, los sistemas de protección estaban fundados en disminuir las disfunciones producidas por los procesos de industrialización y urbanización (Rozas Pagaza, 2001;133).

En 1944 comenzó un proceso gradual de expansión de los beneficios previsionales a toda la población trabajadora, incluidos los trabajadores independientes y los propios empleadores, el cual se completó recién a fines de la década de 1960. Este hecho impactará fuertemente en la población con posibilidad de acceder a un empleo y realizar los aportes necesarios para acceder a la jubilación. Cabe destacar que en 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. En su Artículo N°25 habla de "vida adecuada, bienestar y derecho a seguros".

En la década de 1950 comenzó a desarrollarse la gerontología social como disciplina, a partir de la preocupación por el aislamiento social y la baja autoestima que caracterizaba la vida de muchos ancianos norteamericanos. *“En otras sociedades industrializadas este tipo de población también se convierte en objeto de estudio, no solo porque emerge como un grupo numéricamente considerable sino también porque como grupo sus problemas sociales son lo suficientemente serios como para requerir la atención de la sociedad”* (Sánchez Salgado, 1990; 64). A partir de ese momento comienzan a desarrollarse numerosas teorías diferentes, y a veces contradictorias, que buscaban explicar el fenómeno de la vejez. Las mismas se basaron fundamentalmente en el descubrimiento de que las pérdidas que ocurren durante la vejez no son el resultado exclusivo de cambios físicos y materiales sino también consecuencia de cambios que ocurren a nivel psicológico y social.

La denominada “primera generación” de teorías de la gerontología social fueron publicadas entre 1949 y 1969, y entre ellas se encuentran: la “Teoría del desapego” (o descompromiso) y la “Teoría de la modernización”, entre otras. Estas dos teorías pueden ubicarse en el marco del paradigma estructural-funcionalista, de gran influencia en la sociología a partir de la década de 1940⁸. En la actualidad, a pesar de los años transcurridos, puede percibirse aún el impacto de estas teorías en el escaso desarrollo de alternativas a la institucionalización de

⁸ Los principales planteos de las teorías del Desapego y de la Modernización serán desarrollados en el Capítulo III.

los mayores y el limitado fortalecimiento de espacios de participación y toma de decisiones en áreas de su interés.

También en la década de 1950 comienza a desarrollarse en Iberoamérica el interés hacia la atención de los mayores, a pesar de no contar aún con una población numéricamente significativa. En nuestro país se organiza, en el año 1946, a partir de la iniciativa del Dr. Bernardo Houssay (Premio Nobel en 1947) un grupo dedicado al estudio del envejecimiento, inspirado en los objetivos del Club Británico de Investigaciones sobre Envejecimiento de Londres. El 25 de abril de 1951 fue fundada la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, pionera en Latinoamérica, con el propósito de difundir conocimientos y promover la formación de sociedades similares a fin de propiciar el desarrollo gerontológico.

Respecto de las intervenciones estatales en materia social, con el fallecimiento de Eva Perón en 1952 se produce un cambio significativo en el funcionamiento de la Fundación, la cual modificó el estilo personal y característico de su fundadora hasta el momento de su disolución. Luego del derrocamiento del gobierno peronista en 1955, la autodenominada “Revolución Libertadora” crea el Instituto Nacional de Acción Social con los bienes y el personal de la Fundación, haciendo efectiva su finalización mediante el Decreto Ley 20.564 de 1956. *“En los considerandos de ese decreto se utilizan argumentos análogos a los esgrimidos antaño por los críticos de la Sociedad de Beneficencia. Se denunciaba el uso discrecional y con finalidades políticas de recursos públicos sin un adecuado control por parte del Estado”* (Tenti Fanfani, 1989; 79).

En relación a las actuaciones de la Fundación Eva Perón durante este período, coincidimos con Margarita Rozas al afirmar que dicha organización desarrolló un trabajo importante de inclusión, sobre todo de los sectores más postergados. *“La diversidad de servicios establecidos en el marco de esta estrategia posibilitó, sin duda, como en ninguna otra época, un acceso masivo a los servicios básicos, situación que no se reproducirá, a partir de su disolución durante el golpe de 1955, en los sucesivos gobiernos militares y civiles. Muy por el contrario, este acceso disminuyó cada vez más desde que se instaló el Estado neoliberal en la Argentina”* (Rozas Pagaza, 2004:18).

En conclusión, en este período se produjeron numerosos e importantes avances en relación a la inclusión de los mayores en la formulación de políticas públicas, reconociendo sus necesidades y también sus derechos. El crecimiento numérico de la población adulta mayor y el paralelo interés mundial por esta población marcaron el contexto de estas acciones, pero debe reconocerse la decisión política subyacente a las acciones realizadas. Las políticas desarrolladas por la Fundación Eva Perón implicaron un salto cualitativo en relación a las acciones desarrolladas en el período anterior y, a su vez, plantearon lineamientos de avanzada, que no van a retomarse hasta muchos años después.

|

Tercer período (1955 - 1970): ideas desarrollistas y tecnificación de la atención a los mayores.

Después del derrocamiento del presidente Perón, comienza a percibirse una serie de modificaciones y criterios que intentan opacar las políticas sociales desarrolladas por el gobierno. Algunos autores consideran también que *“existió un retorno a la perspectiva filantrópica y moralizante de la asistencia social eliminando cualquier vestigio de la ‘ayuda social’ desarrollada por el peronismo”* (Alayón y Grassi, cita de Parra, 2001; 219).

En el año 1955 se estructuró, dentro del ámbito del Estado, el Servicio Nacional del Anciano, dependiendo durante años de la Asistencia Pública. La creación de este servicio respondía a la tecnificación de las respuestas a la problemática de la pobreza que continuaría con mayor firmeza durante todo el período. Este Servicio dependió hasta 1973 de la Dirección de Asistencia Social, dentro de la Secretaría de Promoción y Asistencia Social, y sus intervenciones eran esporádicas.

Después del golpe de Estado de 1966 se oficializa en nuestro país una modalidad de intervención, ya instalada en el lenguaje de las Naciones Unidas desde principios de 1950, denominada “Desarrollo de la Comunidad”. Con esa orientación en 1966 se crea el Ministerio de Bienestar Social y, dependiente de éste, la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad.

Según la documentación que las Naciones Unidas difundieron en esos años *“el objetivo del desarrollo de comunidades consiste en lograr las condiciones previas al progreso económico: el ambiente mental, los conocimientos teóricos y prácticos y la organización y elementos que hacen falta para que la repercusión económica sea al mismo tiempo importante y duradera”* (en Tenti Fanfani, 1989; 84). Dicha concepción se basaba en la creencia del progreso como algo que trasciende lo puramente económico, y para el cual deben generarse ciertas condiciones actitudinales en los sectores desfavorecidos que posibilitarían su ascenso social.

Durante la década de 1960 se produce el advenimiento de gobiernos desarrollistas en varios países de América Latina. Esta orientación es considerada como un objetivo fundamental de las políticas públicas y en muchos casos relacionada con la creencia en las virtudes de la planificación como herramienta que garantiza la racionalidad de la acción de gobierno en el terreno económico-social. *“En este nuevo contexto, no se justifica una actitud ‘pasiva’ de la población con relación al aparato del Estado. Ahora era posible y necesaria la movilización popular porque ‘los Gobiernos buscan el bienestar de los pueblos, los protegen contra la explotación, les ofrecen servicios y buscan el mejoramiento de sus condiciones’* (Documento de ONU en Tenti Fanfani, 1989; 84). Con estos argumentos, se continúa responsabilizando a los pobres, marginados, etc., de su situación, dado que se entendía que sus valores, actitudes y aptitudes constituían un obstáculo para el proceso de transformación en marcha.

Específicamente en el campo de la intervención social, el desarrollo de comunidades se constituye en un nuevo saber que reemplazará en nuestro país el enfoque psicológico individual con el que intervenían los trabajadores sociales hasta ese momento.

Para el año 1971 se había constituido toda una red nacional de desarrollo de la comunidad, la cual se encontraba dirigida por el departamento de Desarrollo de Comunidades de la Dirección General de Promoción Comunitaria, dependiente de la Subsecretaría de Promoción y Asistencia Social del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. En el nivel provincial, se completaba con 10 subsecretarías o secretarías de Promoción y Asistencia a la Comunidad, tres direcciones generales, ocho direcciones y dos departamentos. Pero a pesar de este despliegue, en diversos lugares los medios para el desarrollo de las comunidades, terminaron constituyéndose en la finalidad alcanzada por las acciones que se desplegaron. Finalmente, ocurrió que *“al amparo del concepto de desarrollo de comunidades proliferó una gran cantidad de proyectos de construcción de infraestructura, vivienda, educación, capacitación, asistencia técnica, voluntariado, programas nutricionales, etc., cuyo carácter comunitario es por lo menos discutible”* (Tenti Fanfani, 1989; 90). En este período, las ideas desarrollistas promovieron una

tecnificación del trabajo social y una sistematización cada vez mayor de las prácticas profesionales. *“La intervención desde las políticas sociales estuvo marcada por el ‘paradigma de la modernización’, originado en la década de los cincuenta; se le atribuye al Estado un papel de modernizador de la sociedad, con una tendencia a la necesidad de modificación de costumbres, interviniendo sistemáticamente y desde distintas esferas sobre las ‘resistencias al cambio’ y la implementación de políticas de ‘promoción de la comunidad’ (Carballeda, 2006;84).*

En el colectivo profesional podemos identificar, a partir de la década de 1960, dos líneas internas: *“por un lado lo que se identificará con los sectores más tradicionales de la profesión caracterizada por sus posiciones anticomunistas y católicas; y por otro lado una línea desarrollista que poco a poco entrará a revisar los postulados y supuestos de sus marcos conceptuales transformando poco a poco sus posiciones hacia una mirada crítica hacia la historia de la disciplina profesional del servicio social, incorporando la dimensión política y produciendo una experiencia que aportará a la aparición de un movimiento crítico en el trabajo social latinoamericano que se conocerá como el movimiento de la Reconceptualización” (Ríos, 1997).*

Respecto de los beneficios previsionales en nuestro país, el proceso de extensión de los mismos que comenzó en 1944, se completó recién a fines de la década de 1960 con dos nuevas leyes: la Ley 18.038 (1969) sobre jubilación para trabajadores autónomos, que permitió la afiliación voluntaria de personas que no realizaran actividad lucrativa alguna; y la Ley 18.916 (1970), que incluyó a las amas de casa entre las personas que podían afiliarse voluntariamente al régimen de trabajadores autónomos. Estas medidas tuvieron como objetivo que la seguridad social alcance a la mayor cantidad de personas, “independientemente de la posición que se ocupe o de la función que se cumpla en la sociedad”.

Recién a fines de la década de 1960 se concretó la reforma administrativa, a partir de la cual se estableció la unificación de los distintos regímenes nacionales de previsión bajo la administración de tres Cajas Nacionales de Previsión. La uniformidad legislativa comienza a concretarse a fines de 1968. El 30 de diciembre

de ese año se sancionan dos leyes fundamentales para la historia previsional argentina: La Ley 18.037, que determina un único régimen para los trabajadores en relación de dependencia del sector privado, y la Ley 18.038, que determina un único régimen para los trabajadores autónomos. Ambas leyes comenzaron a regir el 1° de enero de 1969, haciéndolo durante casi 26 años (hasta el 14 de Julio de 1994, fecha en que ambas normas quedaron derogadas por la ley 24.241, que instituyó un nuevo sistema previsional). Con la sanción de las leyes mencionadas se constituyó el denominado Sistema Nacional de Previsión Social (SNPS), el cual comprendía a casi el 90% de la población económicamente activa. Aportar al SNPS era obligatorio para todo aquel que llevara a cabo una actividad laboral remunerada o ejerciera en forma autónoma una actividad lucrativa y se otorgaban las siguientes prestaciones: Jubilación Ordinaria, Jubilación por Edad Avanzada, Jubilación por Invalidez, Pensión por fallecimiento. El haber jubilatorio representaba entre el 70% y el 82% del promedio de ingreso así determinado, según la edad a la que se producía el cese del trabajador. Para los trabajadores autónomos el haber de su Jubilación Ordinaria dependía de la categoría en la cual se hubieran ingresado los aportes. El Sistema Nacional de Previsión Social era administrado exclusivamente por el Estado.

Entre las primeras teorías de la gerontología social, desarrolladas entre 1949 y 1969, fueron planteadas la “Teoría de la actividad”, la “Teoría de la subcultura” y la “Teoría de la continuidad”. Las tres teorías son casi contemporáneas a la Teoría del desapego y de la modernización (mencionadas en el período anterior), pero sus planteos se asocian al paradigma del interaccionismo simbólico, crítico de las corrientes positivistas, y por ende, con una mirada contrapuesta a las primeras⁹.

A nivel internacional, uno de los principales promotores de la asistencia social al anciano fue Robert Havighurst, a partir de cuyos aportes (provenientes de su trabajo en la Universidad de Chicago) comienza a incluirse a los asistentes sociales en la formación gerontológica por considerárselos necesarios en el

⁹ Los principales aportes de las Teorías de la Actividad, de la Subcultura y de la Continuidad, serán desarrollados en el Capítulo III.

equipo geriátrico para alcanzar objetivos asistenciales y preventivos. En nuestro país, en la década de 1950, el Dr. Mario Strejilevich (médico gerontopsiquiatra) difunde su trabajo e ideas acerca del tratamiento psicosocial de los adultos mayores, siendo uno de los pioneros en nuestro país. Con su trabajo inauguró la Gerontopsiquiatría en la Argentina como médico del Hospital Neuropsiquiátrico entre 1956 y 1960, dedicándose con exclusividad a esta especialidad, a la investigación científica y a ser un militante cuestionador de las condiciones de vida de los viejos en nuestro país. En sus palabras planteaba: *“Consideramos que la comunidad debería brindar a los ancianos una amplia gama de recursos sociales: techo, alimentación, recreación, asistencia médica, planificación del tiempo libre, respetando la historia y disponibilidades de cada individuo. Sólo esa lenta transición de cambio de roles, la desmitificación de la dependencia, la seguridad global en el futuro (la inversa de la incertidumbre), generada socialmente y planificada con la intervención de los interesados, se constituirá en una importante prevención primaria de muchos cuadros de ansiedad durante el envejecimiento”*. Estos planteos comenzaron a generar en profesionales de diversas disciplinas el interés en el trabajo con adultos mayores, campo fértil y poco desarrollado hasta entonces. Pero el crecimiento de la gerontología en nuestro país comenzará a notarse recién a partir de la década de 1970.

Si bien en este período las acciones del Estado dirigidas específicamente a la población adulta mayor fueron más acotadas que en el período anterior, vinculándose casi exclusivamente a la expansión de la previsión social, comenzaban a avizorarse algunos cambios. A nivel internacional comenzaron a surgir algunos planteos incipientes que harían eclosión en la década de 1970 con propuestas de cambio en relación a la atención brindada hasta el momento para los mayores.

Cuarto período (1971 - 2000): La “Nueva Gerontología”.

En la década de 1970 se produce una ruptura en los estereotipos sociales existentes sobre los mayores. Los aportes de Berenice Neugarten fueron clave en

este sentido, ya que le brindaba valor a la historia personal de cada individuo en su propio proceso de envejecimiento: *“no solamente hemos querido demostrar que no existe un patrón único según el cual las personas envejecen, sino también que las personas envejecen de una forma consistente con sus biografías anteriores”*. Para la autora *“los factores biológicos y sociales se encuentran en interacción para dar lugar a diferencias claras entre los patrones de envejecimiento de los grupos en momentos sucesivos de la historia, de los sexos, los grupos raciales y étnicos, urbanos y rurales, y sobre todo de los grupos con distintos niveles socioeconómicos”*. De esta manera, comienza a adquirir mayor relevancia el contexto en el cual la persona envejece *“si existiese un entorno social de ayuda, las personas mayores, al igual que las más jóvenes, elegirían la combinación de actividades que les ofrezca una mayor participación del ego y esté más en consonancia con sus valores y conceptos de sí mismos establecidos hace tiempo”*. Lo mismo sucede en relación a la familia, en la cual se considera que permanece anclado el sistema de ayuda para los mayores. En contraposición al estereotipo del mayor aislado, se revaloriza a la familia, la cual *“sigue proporcionando distintas formas de ayuda económica a las personas mayores que la necesitan y proporciona una serie importante de la asistencia sanitaria y social de las personas de edad avanzada”*.

La institucionalización de los mayores deja de ser la única alternativa válida, y se considera que el cuidado a largo plazo conlleva una amplia gama de servicios tales como: servicios de nutrición, consejo a las familias, visitantes amables, enfermeras, servicios de limpieza, centros para mayores, centros de asistencia de día, hospitales, residencias y geriátricos, y grupos de autoayuda para las personas mayores. *“La institucionalización solamente es una pequeña parte de todo ello, aunque muy importante”*¹⁰.

Neugarten cuestiona la utilidad del uso de la edad como base para entender las condiciones y capacidades de los adultos mayores, y la define como un

¹⁰ Artículo presentado al Comité 7, Conferencia sobre envejecimiento de la Casa Blanca, Washington DC, noviembre de 1981. En Neugarten, B. “Los significados de la Edad”.

indicador poco fiable de la habilidad de la persona, su comportamiento y necesidades. Por ende, al desnaturalizar esta construcción social abre la puerta a la modificación y mejoramiento de los destinos socialmente creados para las personas mayores. En palabras de la autora: *“Hasta la década de 1970 la mayoría de los reportes médicos, psicológicos, psiquiátricos y de los asistentes sociales sobre la población mayor, estuvieron basados sobre la experiencia con personas enfermas e institucionalizadas, que correspondía a una franja menor al 5% de la población de los países desarrollados. La idea de declinación fue el concepto clave para su comprensión. A partir de esa década comienza a cambiar el parámetro de comprensión, de investigación y de trabajo, y presta atención al potencial de salud que existe entre los mayores, pone el acento en esa mayoría saludable que empieza a representar, hoy en día, a la totalidad de las personas de edad.”* (Neugarten en Iacub, 2001;33).

En relación a las políticas sociales, la dictadura militar instaurada promediando la década de 1960 logra dismantelar el sistema de salud instrumentado a partir de la intervención del Dr. Ramón Carrillo, conocida como etapa sanitarista de la política de salud. Por intermedio del Decreto Ley 18.610 de febrero de 1970 (divulgada como “Ley de Obras Sociales”) regula las obras sociales y determina una significativa transferencia de fondos hacia las organizaciones sindicales. En los fundamentos de dicha medida, la dictadura argumenta que lo que se propone es dar cobertura a los sectores que aún “no se encuentren amparados por ninguna obra social”. En octubre de 1970 se promulgó el Decreto 4.710 reglamentando el Decreto Ley 18.610. A su vez, por medio del Decreto Ley 19.032 del 13 de mayo de 1971 crea, bajo la inspiración del entonces Ministro de Bienestar Social, Capitán de Fragata (RE) Francisco Manrique, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. A partir de esa creación se instala en nuestro país el Programa de Atención Médica Integral (PAMI)¹¹. Con este hecho

¹¹ En su discurso inaugural, Manrique expresará: “El nuevo instituto, cuya creación saludamos con fundamentadas esperanzas, prevé entre sus posibilidades la incorporación de un sistema de las personas con 60 años o más de edad, o incapacitadas para trabajar, o que gocen de pensiones graciables a la vejez y/o leyes especiales, con lo cual nuestro querido país verá completa la atención social de sus hijos de todas las edades, de todas las latitudes y de toda condición” (Diario

se pone en marcha en la Argentina, a pesar de las luchas y oposiciones, un sistema de corte corporativo que incidió directamente en el manejo de la salud de una parte importante de la población y que, a su vez, favoreció el desarrollo mercantil del sector.

La creación del INSSJ y P.- PAMI se puede leer como el intento político de instrumentar servicios para los mayores y centralmente constituyó una respuesta posible a las necesidades insatisfechas de salud de la creciente población adulta mayor argentina. Cabe recordar que, hasta ese momento no existía una atención especializada para la tercera edad. La institución tuvo un papel protagónico en la transformación de aspectos importantes de la vida cotidiana de los adultos mayores. En primer lugar, hizo visible su creciente peso, facilitó –a través de su masivo accionar- la toma de conciencia social de la estructura de edades de nuestra población, promovió desde sus orígenes el agrupamiento de los mayores y canalizó su participación en las distintas instancias de decisión. Pero también corresponde aclarar que el Estado consideró, con la creación del INSSJ y P.- PAMI, solamente a los mayores jubilados, olvidando que muchos mayores carecían de este beneficio siendo, por este motivo, más vulnerables.

El Instituto fue también el ámbito privilegiado de formación de profesionales de distintas disciplinas, específicamente entrenados en la temática de la vejez y el envejecimiento. Podríamos decir que en las dos primeras décadas de funcionamiento el INSSJ y P se había conformado como el principal organismo efector de políticas sociales para la vejez en Argentina y constituía un modelo en su género para el conjunto de América Latina.

Como contrapartida de estos innegables logros, una evolución no deseada de sus programas asistenciales lo desvió de los propósitos iniciales. Los efectos de la política neoliberal y sus sesgos mercantilistas tendrán en los siguientes años un fuerte impacto en el progresivo deterioro institucional. Al mismo tiempo, pese a su denominación como institución de servicios sociales y al espíritu multidisciplinario de los orígenes, el sistema de atención se transformó

paulatinamente en otro altamente *“medicalizado”*, poniendo el acento en el elemento curativo y no preventivo (Golbert, L. 1988; 60). Resultado de ello es el “olvido” por parte de la estructura institucional de convalidar prestaciones preventivas, impulsar programas intensivos de cuidados domiciliarios y proponer instancias intermedias a la institucionalización- como supone la creación de centros de día- entre otras medidas.

La idea de brindar prestaciones socio-sanitarias para mayores surgió en el INSSJ y P-PAMI con el Programa Médico-Social para el 3^{er}. Nivel de Atención en 1974. La misma se llevó a cabo en los primeros años de vida del programa mediante un dispositivo propio por medio de cargos rentados por la organización) en donde se contó con profesionales y personal técnico calificado afectado a la atención directa de los beneficiarios. El enfoque de trabajo ponderó el tratamiento interdisciplinario de la problemática de la vejez en la base, es decir que fue una tarea en equipo entre los médicos de cabecera, los servicios de enfermería, los auxiliares domiciliarios (personal de planta de la institución), licenciados en servicio social, psicólogos y kinesiólogos que actuaban dentro de la estructura institucional denominada primer nivel de atención. Con el paso del tiempo, el proceso de mercantilización de la medicina generó el progresivo desmantelamiento de estos efectores, los cuales fueron perdiendo sus funciones originales, sus cargos fueron desapareciendo en la estructura, se congelaron las vacantes y/o los profesionales fueron abrumados por las tareas administrativo-burocráticas, siendo neutralizado su accionar. Sin embargo, parte de este personal, el que comprobó en la práctica la efectividad de sus acciones, resistió los embates y documentó un programa de acción que se fue adecuando con el paso de las gestiones.

En relación a los otros servicios existentes de carácter estatal, el Servicio Nacional del Anciano, que dependió hasta 1973 de la Dirección de Asistencia Social, dentro de la Secretaría de Promoción y Asistencia Social, pasó a dependencia de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia. Esa transferencia implicó un cambio en la orientación y el abordaje de la temática.

Desde el plano gerontológico, una serie de factores sociales desencadenaron el entusiasmo de los profesionales en el trabajo con mayores, y fue tanto el aumento de los mayores de 60 años respecto de la población total del país, es decir su presión demográfica, como así también, y asociado íntimamente a lo anterior, su "poder de voto". A su vez, la necesidad de desarrollar investigaciones acerca de la población, atender a las distintas lecciones de la "transición demográfica" y al desarrollo de instrumentales cualitativos, etnografías e historias de vida, generó la posibilidad de profundizar el conocimiento sobre este campo emergente.

Un estudio que es demostrativo de la línea de trabajo emergente, lo constituye la ponencia "Modelo de trabajo social con adultos mayores" que presentara un grupo de trabajadores sociales del INSSJ y PAMI en el 1er. Congreso Latinoamericano de Gerontología y Geriátrica desarrollado en Buenos Aires en noviembre de 1973. Se puntualizan en él las condiciones de marginación de los viejos en la Argentina, brindando determinantes de orden económico que comenzaban a aparecer como evidencia: "Partimos de la base que mientras un sistema social de cualquier ideología (...) asigne al hombre como papel fundamental su valor como productor de bienes, el anciano, el discapacitado, el enfermo mental serán elementos para los cuales se asignarán asilos, hospitales, escuelas-depósitos, y a los que se evitará consciente o inconscientemente integrar a la sociedad de cuyo seno emanaron(...)En el caso de los viejos esta marginación se manifiesta en diferentes niveles: económico, familiar, institucional, comunitario y cultural(...). Los sistemas socio-económicos no están preparados para afrontar la problemática de los que envejecen...".

A partir de la década de 1970, la práctica profesional de los trabajadores sociales, centralmente de aquellos que se enrolaban en el enfoque psicosocial para el tratamiento de la persona mayor, incorporó estrategias congruentes con el enfoque colectivo. Esto se realizó a través de las estrategias de intervención inspiradas en la renovación metodológica en el campo de la salud mental, en los enfoques que aportara el Dr. Enrique Pichón Rivière al campo grupal y a sus

correlatos comunitarios. El motivo del cambio fue la necesidad de actuar sobre el contexto social cotidiano de los viejos e incorporar estos novedosos enfoques psicosociales en la intervención con familias, a los efectos de romper el cepto causa- efecto que plantea que a toda acción le corresponde una reacción.

Es así como van adquiriendo consistencia los campos “psi” y social, a la luz de los avances científicos, aportando elementos para una comprensión más clara y completa de los problemas de salud-enfermedad y construyendo respuestas más eficaces. En este mismo sentido se creó en el año 1970, en el Centro de Salud Mental N°1 de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, el Servicio de Psicogeriatría y Psicoprofilaxis de la Vejez, convirtiéndose en el primer servicio de estas características en la Argentina, a cargo de Leopoldo Salvarezza¹².

Esas novedosas manifestaciones prontamente van a pasar a segundo plano, ni bien el poder militar en la Argentina arrase con el reverdecer libertario de los primeros años de la década. Hacia el cierre de la misma, el pensamiento crítico es reemplazado por las viejas fórmulas, la vejez se instala como un asunto de integración social que puede encontrarse en los antiguos trabajos de Durkheim, aggiornados por la sociología norteamericana. En general, el concepto de integración social considera a la sociedad como un sistema que debe tender al orden, la sincronización y el disciplinamiento de las partes. Los sujetos sociales, por lo tanto, deben adherirse al sistema y mantener su estructura.

En el mismo sentido y por las mismas causas, se vio obturado el proceso de reconceptualización que había comenzado a producirse en el trabajo social, entre cuyos objetivos se encontraban el de crear un servicio social acorde a la realidad latinoamericana, promover integralmente al hombre, favorecer la mirada crítica a

¹² En una entrevista realizada a Leopoldo Salvarezza, el mismo refiere en relación a la creación de este servicio: “Es interesante pensar en el título que le dimos al servicio, porque con esto arrancamos de cero, de no saber nada y cuando lo pensamos ahora resulta ridículo: Psicogeriatría y Psicoprofilaxis de la vejez. Como si la vejez fuera una enfermedad con la cual se pudiera trabajar psicoprofilácticamente. Esto da cuenta no solo de la ignorancia de los demás sino también de la nuestra. De cualquier manera pusimos el mayor empeño en trabajar durante los seis años que duró el servicio, hasta que llegaron los militares, e hicimos un trabajo muy importante y sentamos las bases para el tratamiento institucional de Salud Mental en personas viejas, cosa que no había ocurrido en ningún lado”.

los métodos tradicionales, promover la participación popular, dinamizar del cambio y la liberación de los pueblos, lograr una sociedad más justa y un mundo más humano a través de la concientización y movilización del pueblo, adecuar las teorías a la realidad latinoamericana, sistematizar la práctica, etc.

En el plano internacional, en el año 1975 el gerontólogo norteamericano Robert Butler acuñó el término “ageism” para describir los prejuicios negativos y estereotipos hacia las personas ancianas por razón única de su edad (Sánchez Salgado, 2005:58). Este término, adaptado e incorporado al idioma español por Leopoldo Salvarezza como “viejismo”, fue incorporado unos años más tarde a los aportes de la gerontología en nuestro país. Según Salvarezza, el viejismo, que implica el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. En sus palabras: *“Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro. Vemos a los jóvenes temiendo envejecer y a los viejos envidiando a la juventud. El viejismo no solo disminuye la condición de las personas mayores, sino de todas las personas en su conjunto. Por último, por detrás del viejismo encontramos un narcisismo corrosivo, la incapacidad de aceptar nuestro destino futuro. Estamos enamorados de nosotros mismos jóvenes”* (Salvarezza, 2002; 32). Este concepto fue de gran importancia para describir los innumerables prejuicios existentes en nuestra sociedad en relación a los mayores, incluyendo a los profesionales que trabajan con esta población. Lamentablemente, y a pesar del tiempo transcurrido, el viejismo aún es fácil de encontrar en las conversaciones cotidianas de la gente y en los medios masivos de comunicación.

Cuando en 1980 arreciaban los datos demográficos, los políticos y los analistas de los efectos económicos del crecimiento poblacional no supieron apreciar el crecimiento de la población adulta mayor (PAM) como un hecho sin precedentes y calificaron a este fenómeno como un hecho social. La aparición del impacto numérico fue registrada en términos de su efecto sobre las instituciones, por lo tanto el problema no fue analizado desde la perspectiva de los viejos, sino desde el punto de vista de los estamentos gubernamentales dominantes. Los gobiernos

comenzaron a preocuparse entonces, por el cuidado de la salud, alojamiento y otros servicios sociales, además de la acechanza de una potencial competencia en el campo laboral con la población más joven. La preocupación central entonces fue refiriéndose al posible incremento de los costos del mantenimiento de una población en fuerte crecimiento.

Hasta el presente no es factible determinar con certeza en qué proporción los costos se elevaron por la incidencia del fenómeno demográfico y en qué medida, en cambio, derivaron del desarrollo tecnológico operado en la medicina en períodos recientes. Lo cierto es que, aun en los países que alcanzaron los mayores niveles de industrialización, se abrió un profundo debate social acerca de la validez y eficacia de dicho gasto.

En efecto, el rápido crecimiento económico que siguió al finalizar la Segunda Guerra Mundial produjo, en las sociedades del primer mundo, una expansión de las instituciones del Estado de Bienestar, más específicamente de aquellos programas de cobertura de salud incorporados a los sistemas de seguridad social. En la mayor parte de estos países, los programas de salud adoptaron un modelo sumamente costoso, de alta tecnología, cuyas inversiones no se correlacionaron de manera directa con un aumento en la calidad de vida de los mayores. La evaluación crítica de los resultados obtenidos tras varias décadas de implementación se sumó, entonces, al reiterado déficit de su financiamiento y fortaleció la perspectiva de lo que se dio en llamar “Nueva Gerontología”¹³. Ésta corriente, hacia fines de la década de 1980, propuso la planificación racional del cuidado de la salud para los ancianos a partir de algunos fundamentos básicos y específicos (Butler, R. 1988). Una de sus propuestas era abandonar la mera descripción fenoménica, para comenzar la comprensión de los mecanismos subyacentes de la senescencia. Esto significaba incluir los patrones de relación entre las generaciones, las dinámicas de tal relación, el transcurrir psicológico y las características socioculturales de las distintas etapas de la vida.

¹³ La “Nueva Gerontología” es la corriente impulsada por Robert Butler, quien logró influenciar el pensamiento en el diseño de investigaciones renovadas en torno a la implementación de políticas para mayores.

Otro aspecto que la Nueva Gerontología tiene en cuenta es la necesidad de una intervención psico-social. Numerosos estudios demostraron la importancia de enfoques interdisciplinarios para comprender la interrelación de sucesos fisiológicos, psicológicos y ambientales que afectan el bienestar integral de los mayores. Por otra parte, este enfoque puso el acento en la necesidad de reconocer el poder de los ancianos y promover su plena participación en el proceso de su propio cuidado. Este desarrollo presupone también una relación mucho más igualitaria entre los equipos técnicos y el paciente mayor.

Las propuestas de la Nueva Gerontología implicaron una amplia transformación de los servicios sociales y de salud, resolviendo la discriminación entre uno y otro tipo de servicio en la integración de ambos, lo que hasta el presente se verificó con dificultades en la mayor parte de los países. Asimismo, toma en cuenta a los servicios de salud y no a los médicos, pues éstos últimos constituyen sólo una parte del concepto – mucho más amplio- de salud.

Es evidente que hubo decidida influencia del enfoque de la Nueva Gerontología sobre los modelos que enfatizaban hacia fines de la década de 1970 lo que denominábamos enfoque “bio-psico-social de alternativas a la institucionalización” que, habiendo nacido en Francia con la “*politique du troisieme age*” de Pierre Laroque, se extendía en los principios inspiradores del grupo CEGBA, Centro de estudios Gerontológicos de Buenos Aires¹⁴.

El CEGBA fue creado en 1974 y con él se inicia la gerontología interdisciplinaria en nuestro país. El grupo compartía una visión bio-psico-social

¹⁴ Los profesionales integrantes del CEGBA manifestaban que el grupo constituía “una luz en la gerontología” por la similitud con las siglas con las que se conocía a la compañía de servicios eléctricos estatales de Buenos Aires – Argentina - SEGBA en ese tiempo. Este grupo estaba constituido por : ADUCCI, Eduardo (médico psicoanalista), BARCA, Roberto E. (médico geriatra), COURTOIS, Norma (enfermera), GASTRON, Gerardo (médico geriatra), KAPLAN, Roberto (médico geriatra), LACAVA, Ofelia (trabajadora social), LALLONE, Celestina (trabajadora social), MIERES, José L. (médico sanitarista), MINSTER, Dina (psicóloga), PAMPLIEGA, Eneas (médico sanitarista), PAOLA, Jorge (trabajador social), PECHENY, Jaime (psiquiatra), ROTH, Gabriela (psicóloga), RUIZ MIGLIORA, Cristina (antropóloga), SLUTZKY, Leonardo (médico geriatra), STREJILEVICH, Mario (médico psiquiatra), TESLER Eduardo (médico psiquiatra), VILLAROEL, Amalia (socióloga), WAITZ, Marta (trabajadora social) y ZILBERG, Rosa (psicóloga).

del hombre como unidad, su preocupación por la complejidad de los problemas de lo mayores y la elección del equipo interdisciplinario como forma de estudiar, abordar y brindar alguna respuesta frente al tamaño desafío que configura la problemática de la vejez. “El contexto sociopolítico de la década del 70 en la región era particularmente propicio al cambio, pero al mismo tiempo las respuestas surgidas de los sectores más conservadores eran sumamente rígidas” (Monk, A. 1997; 4). A pesar de su gran aporte a la gerontología, este Centro dejó de funcionar en 1976, cuando las reuniones de gente que pensaba eran tomadas como un peligro social.

Como señalábamos con anterioridad, en Francia se fueron concretando importantes aportes en materia de gerontología social desde la perspectiva sociológica como lo constituyen los trabajos de Anne Marie Guillemard y del Centro Internacional de Gerontología Social (CIGS) en París, Nancy y Grenoble. La Universidad de Ciencias Sociales de Toulouse tiene el mérito de haber contado entre sus filas a Pierre Vellas, quien fuera el inspirador e impulsor de las universidades para la tercera edad en Francia y a partir de allí logró su difusión mundial.

Entre 1982 y 1987, sobre la base del modelo interdisciplinario, se crearon en nuestro país, la Asociación Gerontológica de Buenos Aires (AGEBA), la Asociación Gerontológica de La Plata y la Asociación Gerontológica de Mendoza. El 11 de junio de 1987 se fundó la Asociación Gerontológica Argentina (A.G.A.) “con el propósito de promover la capacitación, la docencia y la investigación sobre la temática del envejecimiento, fomentar la difusión e intercambio nacional e internacional y promover una política sectorial, en una atmósfera caracterizada por el pluralismo ideológico que asegure la libre expresión de ideas” (En Monk, 1997; 5).

La Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires recién incorporó a su Plan de Estudios el tema de la Vejez en 1985, y en 1988 comenzó a dictarse la materia “Tercera Edad y Vejez” bajo la modalidad de materia optativa. En la Facultad de Medicina, el dictado de la materia “Geriatría” se creó recién en el año 2007.

En cuanto a las políticas del Estado, a partir de 1983, con el retorno de la democracia, el Servicio Nacional del Anciano, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, se transforma en Subdirección de Ancianidad de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia. Si bien se instrumenta un programa de prestaciones ambicioso, en la práctica solo se logra mantener las residencias existentes para adultos mayores de corte pabellonal, aquellas creadas por la Sociedad de Beneficencia y la Fundación Eva Perón (por entonces diez). Esta dificultad para la adopción de innovaciones se debió a una serie de factores contradictorios que se conjugaron en distintos planos: la fuerte polémica suscitada en relación al sistema de cuidados para la vejez, sus elevados costos y sus distintas formas de financiamiento, a esto se agregan los procesos de descentralización preconizados a partir de la década de 1980, y finalmente la ausencia de una orientación ideológica que planteara alternativas a la institucionalización de los mayores en la medida de las expectativas iniciales.

Como puede constatarse en los planes desarrollados a partir de 1983, aparece diseñada una política de corte integral para la Tercera Edad, que presenta una tendencia a superar la forma tradicional de la ayuda asistencial a los adultos mayores, pero que finalmente no logra en los hechos distinguirse ni superar a los estilos históricos de ayuda a los pobres de nuestra sociedad.

En relación al INSSJ y P – PAMI, la gestión radical va a mantener el mismo sistema prestacional desarrollado hasta ese entonces. En el plano organizativo va a ponderar centralmente la capacitación de sus recursos humanos e intentar transmitir esto al medio local.

En este período, y dado su evidente crecimiento demográfico, los políticos descubren el potencial de voto de los mayores. En las “Bases liminares y perfil político” para el INSSJ y P instrumentado por el equipo técnico del Dr. Raúl Pistorio, hacia fines de 1983, entre muchos otros enunciados, menciona como necesario: “Afianzar la permanencia de las personas de edad en sus grupos familiares, incentivando programas de atención domiciliaria (...) Implementar programas de gerontología social, con administración de unidades sociales menores (municipalidades, representaciones en consejos vecinales, sociedades

de fomento y voluntarias, etc. (...) Estimular la mutua cooperación y la reflexión sobre temas preocupantes, en talleres laborales, mediante el desarrollo de intereses comunes (...) Fomentar la regionalización de los servicios, y de los trámites devenidos de las prestaciones, a fin de la búsqueda de soluciones a los problemas en los lugares donde éstos se producen”. Sin embargo estos principios no lograron envergadura política, y su traducción administrativa no adquirió visibilidad institucional.

En la órbita de la (por entonces) Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, en 1977 se crean las unidades de geriatría en los hospitales de agudos a través del “Programa Médico Asistencial”, impulsado por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad. Estas decisiones se toman merced a la prédica que efectúan las sociedades científicas respecto de la necesidad de acciones de tipo preventivas de corte interdisciplinario. Posteriormente, en el año 1989, se crea la Dirección de la Tercera Edad en el ámbito del Instituto Municipal de Previsión Social.

Paralelamente, y dependiendo de la Subsecretaría de Acción Social de la Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de la Ciudad, funcionaba la Dirección de Ancianidad, cuyo nombre cambió en 1990 por el de Dirección General de Tercera Edad y Discapacitados. En el año 1994 adquiere identidad propia y pasa a ser Dirección General de Tercera Edad hasta el año 2008.

En el año 1982, se realizó la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena, y entre sus recomendaciones se destacaban: la importancia de desarrollar políticas de tipo preventivo, además de mejorar la atención sanitaria de los mayores (abarcando los factores físicos, mentales, sociales y ambientales); la sugerencia de generar estrategias para evitar “colocar a los ancianos en instituciones”; la necesidad de promover el tratamiento ambulatorio de las enfermedades mentales y otras medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social; intensificar los esfuerzos para desarrollar la asistencia a domicilio para que las personas de edad puedan permanecer en sus propias comunidades y vivir en la forma más independiente posible durante el mayor tiempo posible; establecer servicios sociales en apoyo de toda la familia cuando existan personas de edad en

el hogar; hacer todo lo posible para asegurar que los mayores institucionalizados gocen de una calidad de vida acorde a las condiciones de su comunidad y del pleno respeto a su dignidad; y la importancia de considerar la educación como derecho humano básico que debe proporcionarse sin discriminación contra las personas de edad¹⁵.

El Plan Internacional de acción sobre el envejecimiento planteado en la Asamblea, fue adoptado en forma unánime por 124 Estados miembro de las Naciones Unidas. A pesar de que significó un gran acontecimiento, para muchos no generó el impacto esperado, ni llegó tampoco al público en general. También fue cuestionado el hecho de que mientras las Naciones Unidas “a través de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, ninguna de éstas hablaba de la situación de las personas mayores”. Entonces, la Federación Internacional de la Vejez (International Federation on Ageing), una entidad privada sin fines lucrativos, decidió redactar una *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* con el fin de hacer su aporte a la situación de los mayores. La Declaración se elaboró con la cooperación de varias organizaciones que representan o trabajan a favor de las personas mayores alrededor del mundo. Finalmente, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (basados en su mayor parte en la Declaración de la Federación) fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991. Con este documento se exhortó a los gobiernos a que incorporasen los principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. Los derechos incluidos en el documento fueron: la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad¹⁶. Esto representó un gran avance en la definición de derechos fundamentales de los mayores, aunque la situación de los mismos en nuestro país, casi no dio cuenta del impacto de este logro.

En el año 1992, conmemorando el décimo aniversario de la aprobación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Asamblea General de las

¹⁵ El documento completo de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena puede encontrarse en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50423>

¹⁶ El texto completo puede consultarse en: http://www.un.org/ageing/un_principlessp.html

Naciones Unidas aprobó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”, que entre otros objetivos planteó a la comunidad internacional que promueva la aplicación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; que dé amplia difusión a los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y que apoye las estrategias prácticas para alcanzar los objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001. Asimismo, propuso que se observe el año 1999 como Año Internacional de las Personas de Edad “en reconocimiento de la llegada de la humanidad a su madurez demográfica y de la promesa que ello encierra de que maduren las actitudes y las capacidades en la esfera social, económica, cultural y espiritual, en particular para el logro de la paz mundial y el desarrollo en el próximo siglo”¹⁷.

En nuestro país, y desde mediados de la década de 1960, comenzó a ser evidente que el sistema previsional presentaba diversos problemas y entraba en crisis. Los funcionarios encargados de administrar el Sistema Nacional de Previsión percibían que los ingresos del sistema no permitían cumplir con las prestaciones prometidas, y los beneficiarios veían que sus prestaciones se alejaban cada vez más de los valores prometidos por la ley por la que habían obtenido su jubilación. El problema de financiamiento, y de manera progresiva se debía a varios factores, entre otros a la caída de la masa salarial producto del aumento del desempleo y del trabajo informal ("en negro"), la ausencia de controles sobre la "evasión previsional" (lo que permitió su rápido incremento), la existencia de regímenes jubilatorios especiales (con menores requisitos de edad y haberes cuya determinación se efectuaba considerando el sueldo percibido al momento del cese), las políticas de reducción o supresión de las contribuciones patronales (que implicaba una importante disminución en los ingresos naturales del sistema) y la deficiente administración del sistema, todo esto sumado al proceso inflacionario sufrido durante la década del '80, afectó sensiblemente el equilibrio ingresos/egresos del Sistema Previsional. “Estas y otras razones, se manifestaban en una disminución cada vez más marcada del haber de las prestaciones que el sistema abonaba a sus beneficiarios. A fines de la década de

¹⁷ <http://www.un.org/spanish/conferences/ares475.htm>

1980 el haber promedio abonado a los pasivos, representaba menos del 40% de la remuneración promedio que percibían los activos” (Libro Blanco de la Previsión, 2003).

Los reclamos a la justicia por parte de los jubilados y pensionados se incrementaban, y era imperioso resolver estas situaciones, por lo que, después de varias modificaciones institucionales, en el mes de octubre de 1993 se sanciona la Ley 24.241 que creaba, con vigencia a partir del 14 de julio de 1994, el llamado Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJ y P.). Este sistema incluía dos regímenes: Capitalización (administrado por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones - AFJP¹⁸) y Reparto (Administrado por el Estado a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social -ANSES). Al comenzar a regir el nuevo Sistema, los trabajadores contaron con un plazo para optar entre estos dos regímenes¹⁹.

Junto con este cambio de esquema se introdujeron tres modificaciones de importancia: *“en primer lugar, se aumentaron las edades de retiro en cinco años para cada sexo, llevándolas gradualmente a 60 años para las mujeres y 65 para los varones (...) En segundo lugar, se cambió el modo de cómputo (...) para la determinación del haber en las prestaciones públicas: el promedio de los tres mejores salarios anuales (de los últimos diez) fue reemplazado por el promedio de los últimos diez años antes del retiro. Con esta medida se tiende a reducir el monto de las nuevas prestaciones (...) Por último, y con un impacto seguramente más significativo, se eleva gradualmente de veinte a treinta los años requeridos de*

¹⁸ Este régimen se financiaba “mediante un mecanismo de capitalización individual, que consiste en la acumulación de los aportes del trabajador en actividad y el producido de las rentas de estos aportes. Las AFJP tienen como objeto único y exclusivo administrar un fondo que se denomina Fondo de Jubilaciones y Pensiones y otorgar las prestaciones y beneficios que establecen la Ley N° 24.241 y sus normas complementarias” (Libro Blanco de la Previsión).

¹⁹ Una vez efectuada la opción “el trabajador podía pasar del Sistema de Reparto al de Capitalización, en cualquier momento. Por el contrario, el traspaso del Sistema de Capitalización al de Reparto no es posible (existió un período de excepción durante dos años hasta julio de 1996). El afiliado que opte por el régimen de capitalización debe elegir una AFJP del sistema pero conserva el derecho a traspasarse a otra, dentro de los plazos legales establecidos. En caso de no haber realizado la opción, el afiliado es considerado indeciso, incluyéndose en el Régimen de Capitalización, y asignándose una AFJP según procedimientos que se fueron modificando. A su vez, toda persona que –en cualquier momento– comience su vida laboral deberá también –dentro de un breve plazo que la ley indica– efectuar esta opción entre el Régimen de Reparto y el de Capitalización, caso contrario será considerado “indeciso”, con las consecuencias antes señaladas” (Libro Blanco de la Previsión, 2003).

aportes para acceder al beneficio. Como se verá, esta reforma produjo una reducción importante en el número de nuevos beneficiarios, dejando sin cobertura a una importante parte de la población”. (Cetrángolo, Grushka, 2008; 14)²⁰.

Los efectos que sobre el financiamiento del sistema público de seguridad social como también del déficit público tuvieron las políticas instrumentadas en la década de 1990, en cumplimiento del modelo socioeconómico imperante, pueden estimarse a partir de los montos que dejaron de ingresar al sistema de seguridad social. “Según cálculos efectuados por la Dirección Nacional de Políticas de la Seguridad Social, para el período 1994-2002, las políticas de rebajas (...) de contribuciones patronales representan para el sistema una pérdida de recursos en el orden de los 28.000 millones de pesos. Asimismo, la reforma del sistema previsional significó que una parte importante (85%) de los aportes personales de los trabajadores se derivaran a los fondos de pensiones administrados por las AFJP, lo que significó una transferencia adicional de recursos, equivalentes a 27.000 millones de pesos. Por otro lado, si se adiciona el gran incremento del empleo no registrado han dejado de ingresar recursos por aportes y contribuciones de estos trabajadores por más de 80.000 millones de pesos. El Estado entonces, debió recurrir a financiamiento adicional, para suplir dicha pérdida de recursos, a la vez que limitó al máximo posible la respuesta a reclamos de los beneficiarios de ajuste de las prestaciones y condicionó el incremento general de haberes a la disponibilidad presupuestaria, a partir de 1995. Sin embargo, hasta el presente no se dispuso movilidad alguna en ninguna de las leyes de presupuestos sancionadas”. En síntesis, con el nuevo sistema se agravaron los problemas de solvencia al tiempo que aumentaba la proporción de población mayor sin cobertura previsional.

A pesar de todas estas reformas, conforme se desarrolló la década de 1990, con el fortalecimiento del modelo neoliberal, la situación de toda la población

²⁰ Para más información sobre los efectos de la reforma previsional de 1994 leer: Cetrángolo, Oscar y Grushka, Carlos, *Perspectivas previsionales en Argentina y su financiamiento tras la expansión de la cobertura*. Documento de CEPAL, Sección de Estudios del Desarrollo. Santiago de Chile, noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/35126/lcl2972e.pdf>

empeoraba y particularmente la de los adultos mayores. Los ingresos provenientes de jubilaciones se habían congelado y los reclamos por aumentos era constantes. Recordemos las marchas de los miércoles al congreso lideradas por Norma Plá²¹.

El INSSJ y P lanzó, en el año 1992 el Programa ProBienestar por el que se otorgaba un subsidio para que los Centros de Jubilados y Pensionados brinden un servicio de comedor a la población mayor en situación de riesgo social afiliada al Instituto. Este subsidio consistía en un monto per cápita y eventualmente otro para mejoras del comedor y área de preparación de alimentos. En un principio, las comisiones directivas de los centros de jubilados y pensionados recibían el subsidio y debían realizar las compras, preparar y servir la comida, así como rendir cuentas. En el año 1997 cubrían a 299.000 beneficiarios por medio de 2.119 centros. En el año 2006 la cobertura era para aproximadamente 500.000 personas. Actualmente el Programa continúa, y su modalidad principal es la de entrega de bolsones. Esta iniciativa implicó, la conformación de aproximadamente unos seiscientos nuevos centros de jubilados.

En el año 1994, con motivo de cumplirse los 20 años de la creación del grupo CEGBA, se realizaron en la Ciudad de Buenos Aires las Jornadas Argentinas de

²¹ Norma Plá comenzó a adquirir notoriedad pública hacia 1992 gracias a su particular, corrosiva y por momentos violenta, manera de reclamar al gobierno del presidente Carlos Menem, y al propio ministro Cavallo, un haber mínimo de 450 pesos para la población pasiva. También reclamaba que el PAMI fuera conducido por sus propios beneficiarios. La jubilada fue conocida por dormir más de 80 noches en Plaza Lavalle, conocer distintas celdas policiales -por sus frecuentes reclamos y peleas con la policía- y enviarle una corona mortuoria al domicilio particular del ministro de Economía. Tuvo más de veinte procesos judiciales, hizo huelgas de hambre, lideró ollas populares y hasta amenazó con instalarse a vivir en una carpa frente a la casa de Cavallo. Participó de manera ininterrumpida de las primeras cien marchas que los jubilados y pensionados protagonizaron cada miércoles e hizo llorar a Cavallo en el Congreso Nacional cuando le recordó que él también tenía padres jubilados que padecían por la escasa remuneración que percibían. Tuvo fuerza para sacarle la gorra a un policía durante una marcha a los Tribunales en 1991 para reclamar que se hicieran efectivas las sentencias que reconocían los reclamos para la actualización de los haberes jubilatorios. Finalmente, falleció a los 63 años, víctima de cáncer, en su casa de la ciudad bonaerense de Temperley, en 1996. Su figura fue siempre conflictiva. Hay quienes la recordarán como una persona con infinito entusiasmo y coraje, como uno de los personajes inolvidables en la Argentina del '90. Otros, en cambio, no harán más que creer que fue una viejita que no estaba del todo cuerda. (Extraído de Diario La Nación, 19/06/1996).

Gerontología, organizadas por la Asociación Gerontológica Argentina (AGA), con la participación del Profesor Abraham Monk.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el 1º de octubre de 1996 se sancionó la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que fuera posible a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994. La misma incluye derechos específicos vinculados a los adultos mayores, a partir de su capítulo duodécimo:

- ARTÍCULO 41.- La Ciudad garantiza a las personas mayores la igualdad de oportunidades y trato y el pleno goce de sus derechos. Vela por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promueve la potencialidad de sus habilidades y experiencias. Para ello desarrolla políticas sociales que atienden sus necesidades específicas y elevan su calidad de vida; las ampara frente a situaciones de desprotección y brinda adecuado apoyo al grupo familiar para su cuidado, protección, seguridad y subsistencia; promueve alternativas a la institucionalización.

En el capítulo decimotercero el texto hace referencia a personas con necesidades especiales:

-ARTÍCULO 42.- La Ciudad garantiza a las personas con necesidades especiales el derecho a su plena integración, a la información y a la equiparación de oportunidades. Ejecuta políticas de promoción y protección integral, tendientes a la prevención, rehabilitación, capacitación, educación e inserción social y laboral. Prevé el desarrollo de un hábitat libre de barreras naturales, culturales, lingüísticas, comunicacionales, sociales, educacionales, arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de cualquier otro tipo, y la eliminación de las existentes.

En el capítulo decimocuarto el texto menciona cuestiones vinculadas al trabajo y seguridad social:

-ARTÍCULO 44.- La Ciudad reafirma los principios y derechos de la seguridad social de la Constitución Nacional y puede crear organismos de seguridad social

para los empleados públicos. La ley no contempla regímenes de privilegio. Ejerce el poder de policía del trabajo en forma irrenunciable, e interviene en la solución de los conflictos entre trabajadores y empleadores. Genera políticas y emprendimientos destinados a la creación de empleo, teniendo en cuenta la capacitación y promoción profesional con respeto de los derechos y demás garantías de los trabajadores.

En consonancia con la sanción de estos artículos, comenzaron a desarrollarse en la Ciudad de Buenos Aires, variadas y muy importantes políticas destinadas a la población adulta mayor. Las mismas incluyeron la creación de programas nuevos y también la búsqueda de mejoras en las propuestas e instituciones existentes. Es este contexto, programas como Proteger (destinado intervenir en situaciones de maltrato), Cuidadores Domiciliarios (que incluye la formación de los mismos y la prestación de cuidados en el domicilio), Hogares de Día (con actividades socio-culturales y prestación alimentaria) y los cinco Hogares para mayores, brindaron servicios de calidad a la creciente población de mayores de la Ciudad.

En el mismo sentido, en septiembre de 2001, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó con fuerza de ley el Marco Regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales²² de la Ciudad de Buenos Aires. En el marco de la citada ley se crea el "Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores" de la Ciudad de Buenos Aires, se establecen los derechos de las personas que viven en estas instituciones²³ y las condiciones para su habilitación y funcionamiento. Pero *“el valor fundamental que posee este instrumento es que desde el inicio considera a*

²² Son considerados Establecimientos Residenciales para personas mayores las entidades que tienen como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva y atención médica y psicológica, no sanatorial, a personas mayores de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito.

²³ Los derechos incluyen: a la comunicación e información permanente; a la intimidad y no divulgación de datos personales; a considerar la residencia como domicilio propio; a la continuidad en las prestaciones; a la tutela del Estado; a no ser discriminados; a ser escuchadas sus quejas y reclamos; a mantener vínculos afectivos, familiares y sociales; a entrar y salir libremente, respetando las normas de convivencia del establecimiento.

las personas mayores que viven en instituciones, ciudadanos de pleno derecho” (Aizen, 2006; 58).

Pero a pesar de la importancia de estas políticas, en el contexto de crisis inminente de principios de la década de 2000, las mismas resultaban insuficientes siquiera para paliar la situación de los mayores en ese momento. Respecto de este período podemos decir que, si bien los avances en el estudio del envejecimiento a nivel mundial, y las definiciones planteadas por organismos internacionales resultaron en importantísimos aportes al conocimiento y obtención de derechos para los mayores, en nuestro país (y específicamente en el área metropolitana, objeto de nuestro análisis), estos avances contrastaron con la situación concreta de los viejos. Con una gran cantidad de población sin acceso a la jubilación debido a su imposibilidad de realizar aportes previsionales (ya sea por desempleo o por poseer empleo “*en negro*”), con jubilados con sus aportes congelados y muy por debajo de los ingresos promedio de la población, con el INSSP y J - PAMI con serias falencias derivadas de falta de financiamiento y manejos poco claros del presupuesto; y en un contexto social en el que las condiciones de vida se deterioraban progresivamente, la situación de los mayores en este período era crítica.

Quinto período (2001- hasta la actualidad): ¿Nos encontramos bajo la influencia del desarrollo de la Postgerontología?

El quinto período comienza a estructurarse luego de la crisis de 2001, y se relaciona con los cuestionamientos que se efectúan acerca de la realidad de los mayores, la crisis del sistema previsional y del INSSJ y P- PAMI en su conjunto, y el planteo de comenzar a pensar conjuntamente con la población adulta mayor en la necesidad de instaurar un paradigma de derechos de los adultos mayores. En el enfoque de carencias, la población destinataria solo puede ser incorporada como beneficiaria pasiva de los servicios y bienes, pueden existir espacios de colaboración y coordinación en que se asuma un papel más activo, pero nunca espacios propios de “empoderamiento”.

Podemos decir que en nuestro país se constituyó y se evidenció con mayor gravedad a partir de las jornadas de diciembre de 2001 un nuevo escenario, las miradas de los científicos sociales convergen hacia los movimientos, las fuerzas populares, su oposición y resistencia. Las nuevas estrategias desplegadas por los sectores populares constituyen uno de los factores centrales para el logro de cierta interpretación acerca de la realidad, y los mayores formaron parte de esos movimientos sociales en nuestra sociedad.

En el plano internacional, la Asamblea General de Naciones Unidas decidió en su 54ª sesión, convocar una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, con ocasión del vigésimo aniversario de la celebración de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena. El objetivo de esta nueva convocatoria era realizar un examen general de los resultados de la primera y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades, en que se prevean revisiones periódicas. El objetivo del Plan de Acción Internacional consistió en *“garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos”*²⁴.

El Plan de Acción se configura como un instrumento para orientar las políticas hacia aquellos elementos claves y prioritarios en relación con el envejecimiento. Se centra en tres recomendaciones que servirán de base en cuanto a las medidas a tomar:

- Relación entre las personas mayores y el desarrollo
 - Participación activa en su entorno
 - Oportunidades y mejora del empleo
 - Acceso a la educación y al conocimiento

²⁴ Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.

El texto completo puede encontrarse en:

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>

- Urbanización, desarrollo rural y migración
- Relaciones intergeneracionales
- Envejecimiento y pobreza
- Fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida
 - Salud y bienestar durante toda la vida
 - Acceso universal a los servicios sanitarios
 - Repercusiones del VIH/SIDA sobre las personas mayores
 - Atención multidisciplinar a la salud mental
 - Discapacidad
- Creación de entornos propicios y favorables
 - Promoción de la independencia y vida activa
 - Mejora de la accesibilidad ambiental y de las viviendas
 - Prevención y erradicación de los abusos, malos tratos y violencia
 - Promoción de una imagen positiva de las personas mayores

En los años posteriores continuaron realizándose reuniones regionales, a fin de continuar el seguimiento del Plan de acción de Madrid. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) será la responsable de concretar el seguimiento de las recomendaciones de la Asamblea de Madrid. La Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento que se realizó en Santiago de Chile en noviembre de 2003 y resultó en el Informe sobre la aplicación de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento²⁵. La segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe se realizó en Diciembre de 2007 en Brasilia, Brasil, donde se redactó la Declaración de Brasilia²⁶. Las posteriores reuniones de seguimiento de la Declaración de Brasilia se realizaron en Río de Janeiro (septiembre de 2008), en Buenos Aires (mayo de 2009) y en Santiago de Chile (octubre de 2009).

²⁵ El documento completo puede consultarse en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/31980/2007-286-CRE2-ESP_Version2.pdf

²⁶ El documento completo de la Declaración de Brasilia puede consultarse en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359_e.pdf

En nuestro país, en el período posterior a la crisis del 2001 ocurrieron importantes cambios políticos, que propiciaron el debate en torno a posibles modificaciones del sistema previsional y de los programas públicos destinados a los adultos mayores. Pero recién a partir del año 2004, el Gobierno Nacional tomó una serie de medidas acompañadas por un conjunto de reformas sobre el sistema previsional vigente, tendientes a modificar la situación de muchos mayores que, hasta el momento, se encontraban por fuera del sistema de la seguridad social:

-La Ley N° 25.994 de diciembre de 2004 crea la “Prestación Anticipada”, destinada tanto a quienes se encontraban en relación de dependencia, puedan acreditar 30 años de servicio y se encuentren en situación de desempleo; como a quienes teniendo la edad cumplida no tengan los 30 años de aporte requeridos.

-El Decreto 1.454 de diciembre de 2005, estaba destinado a las personas que, teniendo la edad para jubilarse, les faltan años de aporte. Inclusive permitió que las viudas o viudos de los afiliados que no hubieren completado los aportes pudieran, a través de este sistema, acceder a la pensión por fallecimiento. También se les permitió incluirse a quienes nunca habían aportado al sistema previsional. Este beneficio se llamó “*Jubilación para las ama de casa*”, por la importante cantidad de mujeres que se encontraban en esta situación. “Esta medida benefició a 1,5 millones de personas, magnitud que elevaría la cobertura previsional (proporción de adultos mayores de 65 años con beneficio del sistema previsional) a más del 80% en 2007, superando holgadamente los niveles históricos (luego de descender al 70% en la década de los noventa) alcanzando el máximo en toda Latinoamérica” (Cetrángolo, Grushka, 2008; 20).

-La Ley 13.478, que fue Promulgada el 29 de Septiembre de 1948, y que regula las pensiones asistenciales para adultos mayores (denominadas “A la vejez”, un beneficio orientado a las personas de 70 años y más), tuvo modificaciones en su reglamentación. A través del Decreto 582/2003, se adecuó la reglamentación para el otorgamiento de Pensiones a la Vejez, (establecida por el Decreto N° 432 del 15 de mayo de 1997) de modo que se universalizan las pensiones asistenciales para adultos mayores. A partir de esta modificación, el acceso de muchos mayores a una pensión, tuvo un crecimiento significativo. Cabe destacar que durante la

década anterior el acceso a este beneficio estuvo prácticamente congelado, dado que para otorgar un nuevo beneficio debía generarse una baja en el padrón a los efectos de liberar los correspondientes recursos.

-La Ley 26.222 previó el traspaso automático (salvo expresa mención del afiliado a quedarse en el régimen de capitalización) de un millón de afiliados a 10 años de jubilarse y con saldos en sus cuentas de capitalización individual que no les permitieran acceder al haber mínimo. Esta reforma permitió al Gobierno Nacional un crecimiento del régimen de reparto que pasó a convertirse en la principal fuente de financiamiento del compromiso asumido con los nuevos jubilados.

Paralelamente a estas modificaciones en el acceso a los beneficios previsionales, desde el año 2003 en adelante comenzó un proceso de aumentos progresivos de los haberes jubilatorios. Pero a pesar de estos aumentos reiterados²⁷, por diversos motivos administrativos, y en un contexto de creciente inflación como la que se evidenció en este período, resulta que los haberes jubilatorios representan, en el año 2010, entre 36% y el 40% de un sueldo promedio²⁸. Si bien la situación de los jubilados, por las políticas mencionadas, tuvo una importante mejora respecto de la década anterior, las gestiones en el sentido de mejorar los ingresos para los mayores son aún insuficientes.

En el sentido de dar continuidad a las modificaciones del sistema previsional, a partir del 9 de diciembre de 2008, entró en vigencia la Ley 26.425 que crea el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) y elimina el régimen de capitalización, el que fue absorbido y sustituido por el régimen de reparto. El nuevo sistema circunscribe el otorgamiento de las prestaciones al Estado y se financia con recursos provenientes del pago de aportes y contribuciones

²⁷ Según datos de la ANSES del 28/07/2010, “desde 2003 a la fecha, el haber medio aumentó un 294,5% y el haber mínimo se incrementó en un 597,8%”.

<http://www.anses.gob.ar/prensa/noticias/2010/julio/aumento.php>

²⁸ Con respecto al poder de compra de los beneficios previsionales, desde la devaluación del año 2002 la inflación acumulada supera el 100% y teniendo en cuenta los 11 aumentos sobre los haberes mínimos, éstos empataron a la inflación. El resto de los haberes recibió aumentos inferiores a la suba de los precios: los que ganaban por encima de la mínima y hasta \$ 1.000.- recibieron un aumento del 10% en 2004, otro del 11% en 2006, el 13% en enero de 2007 y en septiembre el 12,5%, es decir en total un 55% y quienes cobraban más de \$ 1.000.- recibieron un aumento del 11%, luego el 13% y ahora el 12,5%, en total 41,1%. (Diario Clarín, 16.8.2007).

previsionales, además de impuestos recaudados para tal fin. Si bien, gran parte de la sociedad celebra la eliminación del régimen de capitalización privado, todavía genera dudas el posible uso que el gobierno pueda darle a los fondos recuperados. En el contexto vigente, las expectativas de que estos fondos sean utilizados para saldar las deudas pendientes del Estado con los jubilados (considerando el costo de la canasta básica de los mayores), o que se recupere el 82% y la movilidad de los haberes resultan, por lo menos, poco probables dado el peso de las cifras globales a considerar.

Las políticas de tipo asistenciales para adultos mayores desarrolladas en este período a nivel nacional, estuvieron centralizadas en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), del Ministerio de Desarrollo Social. Entre las acciones de mayor trascendencia de esta Dirección Nacional se encuentran: el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, la creación del Consejo Federal de Adultos Mayores, la creación de la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional (EGCI) cuyas dos cohortes conforman un total de 600 (seiscientos) profesionales de las más diversas disciplinas especializados en Gerontología y la refuncionalización de las Residencias para Adultos Mayores (nueve instituciones, siete de ellas ubicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires y las dos restantes ubicadas en el sur de la Provincia de Buenos Aires)²⁹.

Específicamente en relación a la gestión de las Residencias para Mayores, a partir del año 2003, las mismas *“atravesaron un proceso de refuncionalización organizacional y física que permitió la remodelación total de su estructura edilicia (...), así como su adecuación a las necesidades del adulto mayor, bajo el paradigma de derechos, el trabajo de equipos interdisciplinarios y la vigencia de un nuevo régimen de atención institucional”*. Como resultado de la gestión

²⁹ Las residencias para mayores que en la actualidad dependen de la DINAPAM fueron construidas en períodos anteriores, en su mayoría durante los gobiernos del Presidente Juan Domingo Perón.

realizada, se implementaron una serie de medidas beneficiosas hacia los residentes de los hogares:

- Se conformó un equipo técnico-profesional interdisciplinario que habilitó un abordaje de mayor complejidad que el existente hasta ese momento (el equipo básico pasó conformarse por Médico/a geriatra, Enfermera/o, Kinesióloga/o, Nutricionista, Psicóloga/o, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional que, a su vez, cuentan con un equipo recurrente conformado por: Médica/o fisiatra, Médica/o psiquiatra, recreacionistas, fonoaudióloga/o, etc.);
- En el año 2005 se aprobó el reglamento de funcionamiento de las residencias, que hace hincapié en los derechos de los adultos mayores institucionalizados. Con ese nuevo reglamento se cambiaron los criterios de admisión, priorizando a la población con dependencia física. El reglamento vigente hasta ese momento databa del año 1974;
- Se elaboraron las normas de convivencia,
- Se conformó el cuerpo de delegados residentes y comenzaron a desarrollarse asambleas mensuales para transmitir información y discutir cuestiones vinculadas a la convivencia en la institución;
- Se desarrolló un progresivo estímulo al desarrollo de actividades individuales y grupales en el ámbito comunitario, con el fin de hacer permeables los muros institucionales. En este marco, se llevaron a cabo las 1^{ras} vacaciones integradas de residentes válidos y dependientes en Hoteles de Chapadmalal, Provincia de Buenos Aires y Embalse de Río Tercero, Provincia de Córdoba;
- Se incrementó el ingreso de personal de asistencia directa y se propició su capacitación para favorecer la autonomía de los residentes;
- Se gestionó, para los adultos mayores residentes, el acceso a pensiones asistenciales y jubilaciones.
- En el mes de julio 2005 se produce el primer aumento del presupuesto para la manutención de los residentes acorde a sus necesidades.

El proyecto institucional propuesto por la gestión de la DINAPAM en este período, acorde al paradigma del adulto mayor como sujeto de derecho, orienta el

accionar del conjunto de profesionales de la institución que habilitan a los residentes a asumir una postura de mayor protagonismo en las decisiones. Sin embargo, estas acciones se encuentran atravesadas por las características del dispositivo en cuanto a su poder “institucionalizante” de las conductas de quienes allí viven: la suma de tareas cotidianas que el sujeto delega en la institución repercuten progresivamente en su singularidad. En organizaciones con tanta historia, como los Hogares que actualmente dependen de la DINAPAM, “pesa” el modo de hacer establecido y existen resistencias de distinto orden a los cambios y a lo nuevo. También reporta un desafío el asentar este modelo de atención de modo que trascienda las gestiones y se convierta en una forma instituida de entender y atender al adulto mayor.

Por lo tanto, en contraposición con el modelo “asilar” vigente durante un extenso período de la historia de las instituciones estatales de atención a los mayores en nuestro país, se observa hoy la emergencia de una tendencia a considerar a los adultos mayores como “sujetos de derecho”, lo cual posee múltiples efectos que podemos relacionar en distintos aspectos de la vida cotidiana de las personas. En la actualidad parece prevalecer un discurso que posibilita una revalorización de la realidad institucional. ¿Cómo hacer en el presente para salvar lo que parece como un hiato histórico: el haber obviado los caminos de la modernidad para dar cuenta de los perfiles de la orientación organizacional? Parece ser que fuimos capaces de diseñar ambientes físicos propiciatorios de un envejecimiento saludable (salvando las distancias respecto al mínimo impacto social logrado). En la década de 1980 fue factible perfilar desde el punto de vista arquitectónico “establecimientos adecuados”... Sin embargo no se ha concretado hasta el presente un decidido avance respecto de los modelos organizacionales, que en muchos sentidos parecen encontrarse adheridos a la pre-modernidad (recién en el siglo XIX van a incorporar algún concepto de rehabilitación). Como toda estructura institucional adherida a la tradición, puede configurar hoy un sistema enfermante donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados. En oposición a ello se plantea la posibilidad de ir transformando el modelo “asilar” en un modelo de institución

que respete profundamente los derechos que como ciudadano posee, replanteando con ello los objetivos originarios del asilo (defender a la sociedad de los mendigos, viejos, excluidos) por otro que tienda a satisfacer las demandas de los mayores, con los derechos y obligaciones que les conciernen.

Paralelamente, en la Ciudad de Buenos Aires, las políticas destinadas específicamente a la población adulta mayor, continuaron con impulso creciente hasta el año 2007. Conforme el presupuesto se incrementaba, se ampliaba la cobertura de las políticas a partir de la mejora y extensión de los servicios. Sin embargo, y a pesar de la creciente inclusión de mayores en sus propuestas, las mismas priorizaron en la atención residencial el acceso de mayores autoválidos o semi-dependientes, no siendo admitidos aquellos mayores con dependencia física o deterioro cognitivo sin recursos económicos, quienes son la población más vulnerable y, por ende, más necesitada de atención.

El crecimiento de las políticas para mayores en la Ciudad operó hasta la asunción de la nueva gestión en el año 2008. La Dirección General de Tercera Edad pasó a ser entonces Subsecretaría de la Tercera Edad, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Comenzó un período de recortes presupuestarios al área social y de descentralización de los programas existentes a organismos de la sociedad civil. En la Ciudad se evidenció un retroceso respecto de la expansión vivida en el período anterior, derivado de decisiones en el nivel político que esperamos puedan revisarse a la brevedad.

Podemos decir que en este período fuimos testigos de numerosos y, en su mayoría, positivos cambios en la situación de los mayores en el área metropolitana. La adopción del paradigma de derechos para la atención de los mayores por parte del Estado nacional es una medida sumamente valiosa que esperamos, pueda profundizarse y servir de ejemplo en otras instancias - gubernamentales y no gubernamentales- en los próximos años.

Los municipios de la Provincia de Buenos Aires han ido definiendo sus direcciones de adultos mayores, desarrollando y articulando acciones tendientes a promover la participación de las personas mayores, así como espacios específicos relacionados con la educación ciudadana, talleres de estimulación de la memoria,

tertulias, alimentación saludable, actividad física y recreación, actividades culturales, espacios de articulación intergeneracional, ámbitos de información y orientación respecto de servicios y beneficios, atención de situaciones asistenciales e información sobre jubilaciones y pensiones, entre otros. En este sentido, la creación de las diferentes Direcciones propicia la consolidación de la inclusión e integración de los mayores, desarrollando acciones que, en un marco de igualdad de oportunidades, generen las condiciones para el acceso y goce pleno de los derechos.

Nuestra realidad actual parece encaminarse a que no solamente hay que poner énfasis en promover la articulación de los esfuerzos de los distintos actores sociales (individuales y colectivos). Parecería que se ha tomado conciencia acerca de dicha necesidad y de la posibilidad de lograr acuerdos políticos interinstitucionales de manera adecuada y provechosa para toda la sociedad³⁰.

Es evidente que las resistencias y oposiciones a la inclusión de proyectos no-institucionales y/o alternativos observadas entre la década de 1970 y la actualidad encuentran otro marco de discusión, estos ya no se objetan, pero encuentran restricciones económicas que los limitan.

Se vislumbra hoy una creciente demanda de construcción de política pública como no había ocurrido hasta el presente. Ello requiere poner en juego una gama variada de acciones: establecer condiciones que hagan posible el desarrollo de distintos actores, incentivar la innovación y difusión tecnológica, aumentar la calidad educativa, con lo cual las políticas de viejo cuño no se adecuan a este nuevo panorama.

Reducir la exclusión social es una de las grandes deudas que con toda seguridad dejará la presente década. De esta manera se hace necesario atacar el círculo vicioso de la segmentación social. A la segmentación habrá que plantearle políticas específicas, pero que tengan en cuenta los factores generales que orienten el cambio. Una nueva institucionalidad de la política social parece

³⁰ Los acuerdos actuales entre la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del INSSJ y P – PAMI; la Gerencia de Promoción y Desarrollo de la ANSES y la DiNaPAM- SENNAF nos hablan acerca de la factibilidad de lograr articulaciones que puedan reflejarse en lo interjurisdiccional y en lo intersectorial. Estos caminos de acuerdos y coincidencias parecen prometer extenderse en un futuro no lejano.

imprescindible para responder a tamaños desafíos

A mediados de la década de 1990, Berenice Neugarten auguró el fin de la gerontología. Basaba su afirmación en el cambio propuesto por ella misma en el sentido de crear una sociedad donde la edad sea irrelevante y, por lo tanto, dejara de ser el criterio para la asignación de recursos sociales. Por el contrario, planteaba que debería considerarse la situación particular de cada individuo para destinar los recursos de la sociedad. En sus palabras: *“el estudio del envejecimiento tal como esta definido actualmente será cada vez menos viable a medida que la edad sea un criterio menos aplicable. La palabra “gerontología” será sustituida por algo como “el estudio de las vidas”, basadas en el concepto de curso vital como un todo y los procesos de cambio desde la infancia hasta la vejez”*.

Coincidimos con Neugarten en considerar discriminatorias a las políticas destinadas exclusivamente a los mayores. Pero mientras no operen cambios más profundos en nuestra sociedad, en el sentido de considerar que los mayores poseen los mismos derechos que todos los demás ciudadanos, las políticas para mayores resultan imprescindibles.

Si consideramos la situación en la que aún se encuentra mucha población adulta mayor de nuestro país, el final de la gerontología, resulta todavía una utopía lejana.