

# Representaciones sociales sobre la vejez en políticas públicas de salud que involucran prácticas corporales con adultos mayores. Un estudio del programa Nacional Hadob y del programa Salud Activa<sup>1</sup>

*Di Domizjo, Débora Paola, M. Sc.*  
Recepción: 14-09-2014 / Aceptación: 30-11-2014

## Resumen

El envejecimiento y la vejez consisten en procesos graduales en la vida de los sujetos. A su vez, estos sujetos conforman un universo demográfico cada vez más amplio y heterogéneo.

En los estudios al respecto abunda la confusión entre datos científicos y representaciones de la vejez presentes en el imaginario popular. Entre estas se observan dos posiciones contrapuestas: las representaciones sociales positivas y las representaciones sociales negativas.

En esta ponencia se analizan los discursos a partir de los cuales se han venido diseñando políticas públicas en el área de la salud. Estas han involucrado en su implementación prácticas corporales con adultos mayores; sus argumentos y pautas de orientación reflejan una representación particular de la vejez. Al estudiarlas se identificaron dimensiones sociales, a través de las cuales se organizaron categorías de análisis, para reconocer algunos aspectos para la interpretación y análisis de las mismas. Mediante un abordaje cualitativo de investigación se han obtenido avances preliminares, los cuales no pretenden universalizar el conocimiento adquirido como si se tratara de una verdad absoluta, sino que intentan ofrecer un marco de comprensión para ciertas características de la realidad estudiada.

Por último, en el análisis de los discursos de estos programas se percibe una mirada reduccionista de las prácticas corporales en la vejez. Representan las prácticas deportivas y los hábitos ascéticos como bienes utilitarios para el logro de una longevidad saludable, y dejan de lado las significaciones subjetivas y colectivas de las

que participan los sujetos mayores que circulan por dichos escenarios.

**Palabras-clave:** Representaciones sociales; Adultos mayores; Políticas públicas; Salud; Integración social.

## Resumo

O envelhecimento e velhice são a processos graduais na vida dos indivíduos. Por sua vez, estes indivíduos tornam-se um universo população cada vez mais numeroso e heterogêneo.

Em estudos abundam sobre a confusão entre a evidência científica e representações do envelhecimento presente no imaginário popular. São observados Representações sociais representações sociais positivas e negativas entre estas duas posições opostas.

São analisados Este artigo discursos dos quais tenham sido a concepção de políticas públicas na área da saúde. Estes envolveram em suas práticas corporais implementação com adultos mais velhos; seus argumentos e padrões de orientação reflectir uma representação particular de velhice. Ao estudar as dimensões sociais foram identificados através de categorias de análise que foram organizadas para reconhecer alguns aspectos para a interpretação e análise dos mesmos. Através de uma abordagem de pesquisa qualitativa obtiveram avanços preliminares, que não se destinam a universalizar o conhecimento adquirido como se fosse uma verdade absoluta, mas tentar fornecer um quadro para a compreensão de certas características da realidade estudada.

Por fim, a análise dos discursos desses programas uma visão reduccionista das práticas corporais na velhice é per-



cebida. Eles representam práticas esportivas e hábitos ascéticos e utilitários para alcançar um bem longevidade saudável, e ignorar os significados subjetivos e coletivos dos sujeitos mais velhos que circulam esses cenários envolvidos.

**Palavras-chave:** Representações sociais; Idoso; A política pública; Deus Te Abençoe; A integração social.

### Abstract

The aging and old age are to gradual processes in the life of the subjects. In turn, these individuals make up an increasingly large and heterogeneous population universe.

In studies abound about the confusion between scientific evidence and representations of aging present in the popular imagination. Social representations positive and negative social representations between these two opposing positions are observed.

This paper discourses from which have been designing public policies in the area of health are analyzed. These have involved in its implementation body practices with older adults; their arguments and orientation patterns reflect a particular representation of old age. By studying social dimensions were identified through analysis categories which were organized to recognize some aspects for the interpretation and analysis of them. Through a qualitative research approach have obtained preliminary advances, which are not intended to universalize the knowledge gained as if it were an absolute truth, but try to provide a framework for understanding certain characteristics of the studied reality.

Finally, the analysis of the speeches of these programs a reductionist view of corporal practices in old age is perceived. They represent sports practices and ascetic habits and utilities for achieving a healthy longevity goods, and ignore the subjective and collective meanings of the older subjects who circulate these scenarios involved.

**Key words:** Social representations; Elderly; Public policy; God Bless You; Social integration.

### Introducción

El presente trabajo se refiere al análisis de dos políticas de salud que involucran prácticas corporales con adultos mayores. Se trata de programas que se vienen implementando en la República Argentina desde el año 2007.

Primero se ejecutaron de manera experimental en algunas regiones del país y luego se consolidaron como política pública de salud, nacional y provincial respectivamente.<sup>2</sup>

El proceso de envejecimiento suscita una diversidad de reflexiones. Podemos considerar a las prácticas profesionales del deporte y la actividad física como un campo de intervención emergente que en los últimos años ocupa un lugar central para dicho objeto de estudio.

Las políticas de vejez están asociadas a necesidades concretas de los adultos mayores, pero también responden a situaciones socialmente construidas, de acuerdo con las cuales se define qué es ser viejo y cómo se vive la vejez. El hecho de que la adultez mayor sea la franja etaria más desprotegida se vincula en gran medida con las representaciones sociales instauradas (Argañaraz, 2003).

El envejecimiento poblacional se conforma como un logro de la humanidad y representa un desafío de gran magnitud que atraviesa las problemáticas de educación, salud, deporte, familia, género, entre otras. A su vez, la temática del envejecimiento aparece en otros aspectos de nuestra sociedad, como la existencia de estereotipos y prejuicios. Las imágenes negativas de los adultos mayores se evidencian en los medios de comunicación, en el proceso de enseñanza / aprendizaje en todos sus niveles, y en la formulación de políticas públicas relacionadas con la prestación de bienes y servicios destinados a la población adulta mayor.

Al estudiar la vejez, abunda la confusión entre los hechos científicos y las representaciones sociales de ella que circulan en el imaginario popular. En estas últimas se pueden observar dos posiciones opuestas. Por un lado, se puede constatar una amplia variedad de mitos y estereotipos que muestran a los adultos mayores como personas incapaces, involutivas, declinantes, pobres, socialmente desintegradas y que tendrían escaso interés por revertir todo ese cuadro. En el otro extremo, se encuentran representaciones colectivas que pugnan por una imagen positiva, exitosa, entendiendo la vejez como un período de despliegue de potencialidades, en el que se alcanza la sabiduría. Desde esta perspectiva, se construye la idea de grupo social dinámico, activo, participe y creativo en el marco cultural en el cual está inserto.

Para indagar en las representaciones sociales sobre la vejez, se utiliza como corpus algunos documentos de Políticas Públicas implementadas en planes, proyectos y programas que incluyen prácticas corporales con adultos mayores

en jurisdicción nacional (República Argentina) y provincial (Provincia de Buenos Aires) a partir del año 2008.

En este marco, se estudian dos: el Programa Nacional HADOB, implementado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) – Nación; y el Programa Salud Activa, implementado por la Dirección de Patologías Prevalentes, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

### **Programa Nacional HADOB, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)<sup>3</sup> - Nación.**

El Programa Nacional Hadob, destinado a los jubilados y pensionados beneficiarios del PAMI tiene dos ejes fundamentales. El seguimiento clínico realizado por los médicos de cabecera: tratamientos terapéuticos convencionales (TC); y la realización de actividades no medicamentosas (ATNM: actividades terapéuticas no medicamentosas). Cabe destacar que

...se inscribe dentro de los lineamientos establecidos del Nuevo Modelo Socio Comunitario de Atención Médica, mediante la aplicación de acciones orientadas a la promoción y prevención en salud y el Programa de Desarrollo de Prestadores, por medio del fortalecimiento del rol del Médico de Cabecera.<sup>4</sup>

Comienza a implementarse como prueba piloto hacia fines de 2007 en Córdoba, Bahía Blanca, Capital Federal y Junín, para luego extenderse a todo el país en 2008. Los centros de jubilados (efectores comunitarios), las entidades de la tercera edad, los clubes y polideportivos municipales se cuentan entre las herramientas más relevantes en la implementación del mismo.

Se advierte una clara dirección en la contemplación de algunos aspectos de la salud:

El Programa Nacional HADOB consiste en brindar actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) para enfermedades de alto impacto en la población del Instituto, incluyéndose en el mismo la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Obesidad, ello además de lo estrictamente asistencial y terapéutico tradicional (TC).<sup>5</sup>

El Instituto define a las actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) como aquellas acciones incluidas dentro del programa que complementan los trata-

mientos médicos convencionales (TC) bajo modalidades grupales y comunitarias que garanticen resultados específicos de cada una de ellas en un marco de participación e integración social.<sup>6</sup>

El abanico de posibilidades que se contemplan en dichas acciones está dividido en dos grandes grupos denominados:

- ATNM Sub componente de movimiento: incluye todas aquellas actividades de estimulación neurolocomotora, gimnasia, yoga, caminatas, actividades acuáticas, deportes, danzas y otras similares. Se intenta lograr una participación estable de los afiliados en el tiempo para favorecer un cambio de hábitos de vida.
- ATNM Sub componente de educación: se incluyen cursos de educación nutricional y educación específica para cada patología a cargo de profesionales médicos.

Cabe aclarar que estas actividades no reemplazan de ninguna manera, el tratamiento medicamentoso prescrito por el médico de cabecera, sino que en la práctica se realiza una combinación de ambas: el tratamiento terapéutico convencional (TC) se combina con actividades terapéuticas no medicamentosas del sub componente de movimiento (ATNM sub componente movimiento) o con las actividades terapéuticas no medicamentosas sub componente de educación (ATNM sub componente educación).<sup>7</sup>

El médico prescribe en los casos que corresponda a los pacientes de su padrón con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, la realización de las ATNM que se inscriben dentro del Programa Nacional Hadob.<sup>8</sup>

El paciente / beneficiario concurre en forma gratuita al centro de jubilados (efector socio comunitario) que adhiera a la prestación del servicio, donde los talleristas (profesores en Educación Física, instructores, idóneos) serán los encargados de dictar las distintas actividades terapéuticas no medicamentosas del sub componente movimiento, bajo el formato de clases y talleres.

### **Programa Salud Activa, Dirección de Patologías Prevalentes, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires**

Salud Activa es una línea de Promoción de Salud que se fomenta en todos los municipios de la Provincia de Buenos Aires desde fines del año 2007 de forma mancomunada con diferentes actores representativos de toda la comunidad, como son el municipio, direcciones de salud, de deportes,

de educación, organizaciones no gubernamentales, entidades científicas, clubes o centros de jubilados.

Salud Activa brinda marco a acciones de diferente naturaleza, todas ellas relacionadas fundamentalmente con hábitos de vida saludables (actividad física, alimentación adecuada y ambientes libre de humo de tabaco). Comparten el objetivo de convertirse en vehículo para la prevención de las enfermedades no transmisibles y actuar sobre los principales determinantes de salud / enfermedad (enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes, cáncer, lesiones y accidentes entre otras). En este contexto se llevan a cabo campañas de detección de factores de riesgo, charlas y talleres para la comunidad, capacitación para equipos de salud, certificación de espacios libres de humo, y promoción de la actividad física en la comunidad con modalidades adecuadas a todas las edades.

Tiene cuatro áreas de trabajo prioritarias: Salud sin Humo, Actividad Física y Ejercicio Programado, Alimentación Saludable y Adultos Mayores. En el marco de nuestro trabajo, sólo vamos a referirnos a este último programa.

### **“Programa Salud, Actividad Física y Nutrición para Adultos Mayores”**

La importancia del desarrollo de programas orientados al incremento de la calidad de vida de las poblaciones de adultos mayores actuales y futuras en la provincia de Buenos Aires es innegable. Guarda directa relación con la transición demográfica y epidemiológica que empezó en los últimos decenios del siglo pasado y que tendrá su impacto más notable en los años inmediatamente venideros. Distintos trabajos de investigación muestran una prevalencia alarmante de factores de riesgo en la población de adultos mayores de la Provincia de Buenos Aires. Hay tres aspectos fundamentales relacionados con las enfermedades crónicas en la última parte del ciclo de vida: a) la mayoría de las enfermedades crónicas se manifiestan en esta última etapa de la vida; b) la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, reportan beneficios absolutos para los individuos y las poblaciones de edad avanzada; y c) es preciso maximizar la salud evitando o retrasando las discapacidades prevenibles. Ante esta realidad es de vital importancia contar con una nueva estrategia que permita una actuación eficiente.

Tal como fue expresado más arriba, Salud Activa es una línea de acción. Debemos observar que, por el contra-

rio, no puede definirse como una política pública. Indagar sobre esta cuestión nos permitió advertir que se trataría más de una estrategia comunicacional. Aconsejar y asesorar a los municipios de la Provincia de Buenos Aires en cuestiones preventivas, fundamentalmente la promoción de hábitos saludables, es su principal objetivo.

En síntesis, no posee asignación presupuestaria ni marco legal específico que la sustente como política. Tampoco cuenta con profesores en Educación Física, ni grupos de adultos mayores, que realicen prácticas corporales con sistematicidad. Por este motivo, no pudimos enriquecer el trabajo de campo con entrevistas realizadas a adultos mayores que participen de las mismas. Hechas estas aclaraciones, hemos decidido incluir este programa porque está en relación con nuestro objeto de estudio, porque consideramos que podría compararse con los programas que sí se definen como políticas públicas y también resulta de utilidad para fundamentar algunas conclusiones.

El objetivo de la descripción de los planes anteriormente citados y su posterior comparación no es poner a prueba la teoría, sino generar una teoría para contribuir con las conclusiones finales.

Por otro lado, es necesario hacer algunas consideraciones sobre la metodología utilizada.

Se evidenció la necesidad de implementar una metodología cualitativa que permitiera dar cuenta de la complejidad de la problemática abordada. Al respecto del método cualitativo para analizar temas que específicamente involucren a los adultos mayores, Fassio (2008: 35) plantea que este tipo de abordaje permite “dar cuenta de la especificidad del proceso de envejecimiento individual desde la concepción teórica del envejecimiento diferencial” a la vez que “muestra la construcción que llevan a cabo los actores sobre determinados hechos sociales, su opinión y preferencias”.

En el abordaje cualitativo se propicia una mayor flexibilidad y provisionalidad. Esto significa que el investigador debe estar dispuesto a reformular su plan de investigación, desandar su camino y realizar los cambios de rumbo necesarios de acuerdo con los hallazgos que se van logrando desde los inicios. De esta forma el proyecto no queda definido por completo desde el comienzo, sino que se va construyendo en un proceso de ida y vuelta permanente a medida en que se va avanzando en la investigación.

En las Políticas Públicas que analizamos y que comparamos hemos detectado dimensiones sociales que deben estudiarse. Estas podrían entenderse como categorías de análisis tal vez arbitrarias, pero al imprimir una denominación nos permitieron poner de relieve ciertos aspectos para su interpretación. A su vez, cada dimensión englobó la lista de categorías sociales que en este marco denominamos “rasgos”. El concepto de rasgo lo tomamos de Herkovitz, quien lo utiliza para designar a la “unidad más pequeña identificable en una cultura dada” (1952: 190). De acuerdo con este enfoque, un rasgo en las Políticas Públicas que incluyen prácticas corporales para adultos mayores, estaría dado por aquella unidad que se pueda identificar en los planes, programas y proyectos seleccionados, de tal manera que podamos llevar a cabo la comparación de todos los rasgos en los programas elegidos. En otras palabras, podría decirse que los rasgos son una categoría social, que constituyen datos explícitos o referentes empíricos que surgen del análisis de los documentos en los cuales se fundan los programas seleccionados.

Esos hallazgos tienen respuestas provisionarias relativas a los contextos en que se produce el relevamiento de datos que abren nuevas preguntas y plantean posibles líneas de especialización, las cuales pueden extenderse en estudios más profundos de la temática en cuestión.

A modo de conclusión, quiero describir algunas de las orientaciones pautadas en los fundamentos teóricos y metodológicos de las Políticas Públicas de lo corporal abordadas precedentemente.

#### **Programa Salud Activa, Dirección de Patologías Prevalentes, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires**

Entendido en su perspectiva más amplia, el cuerpo es un privilegiado portador de sentidos de la cultura: “cuerpo y salud, objetos por excelencia del poder sobre la vida en la postmodernidad, han ocupado un espacio privilegiado como principio ético, político y estético en el gobierno de sí y de los otros” (Bagrichevsky 2009: 195).

Desde los dos últimos siglos, la salud ha ido conformándose en un eje relevante para articular las relaciones entre Estado y población. En tal sentido, la mirada argumental de las políticas públicas para la salud (indistintamente del grupo etario del que se trate) ponen el énfasis en el discurso del estilo de vida saludable (o activo). Queda así establecida una concordancia casi lineal entre el discurso de la salud y el discurso de la práctica físico deportiva,

lo que implica cierta idea de sanción para quienes no se suman a dicha práctica, tal como lo señala Bagrichevsky:

Asociado al sedentarismo ha aparecido como un argumento imperativo de culpabilidad en términos de la desobediencia a normas de prevención por parte de las personas, convirtiéndose en una especie de símbolo persecutorio que se auto justifica en la envergadura de tantos otros graves problemas de la salud de la población (2007: 387).

#### **Un cuerpo saludable en la vejez:**

Bajo estos postulados que nos sirven de introducción, presentamos a continuación las ideas principales de un análisis que dará cuenta de la representación de la vejez en el Programa Salud Activa, área de trabajo con Adultos Mayores. Allí se representa a la vejez desde una posición teórica que la responsabiliza de las disfunciones y deformidades adquiridas en la última parte del ciclo de vida; el sujeto no cuidó suficientemente su salud, a pesar de las innumerables informaciones que están disponibles a través de diferentes estrategias comunicacionales de la clínica médica tradicional (Ministerios de Salud y medios masivos de comunicación).

Las intervenciones educacionales de esta línea de promoción ponen de manifiesto un discurso que relaciona de manera incuestionable la práctica de actividad física con la salud, que demoniza al sujeto sedentario y sobrevalora al sujeto que se mueve (Fraga 2005). En ese sentido, coincidimos con Carballo cuando afirma que “el trasfondo de la trama está dado por el valor que se le asigna al concepto de salud y por la subordinación del concepto de educación a aquel” (2003:54). Esta cita revela que la salud tiene un carácter disciplinante que va más allá de la clínica médica tradicional, para adoptar formas de control social.

Los discursos hegemónicos de promoción en salud y prevención de la enfermedad destinados al grupo de los adultos mayores se tornaron en dispositivos de la agenda oficial. Fueron utilizados para justificar públicamente algunas formas de intervención desde el sector salud y, en esa línea, se justifican acciones sanitarias basadas no más en la ocurrencia concreta de problemas sino en la probabilidad estimada de su ocurrencia en el futuro.

Otra línea de reflexión sobre el cuerpo saludable “en la vejez”, y relacionada con lo que aquí tratamos de plantear, es útil para analizar las campañas que enfatizan cambios

de comportamiento y adopción de conductas saludables. Estas tienen por objetivo alcanzar una buena calidad de vida, pero interfieren en las elecciones individuales. Bagri-chevsky brinda una perspectiva complementaria:

Una crítica común al concepto de estilo de vida está referida a su empleo en contextos de miseria y aplicado a grupos sociales donde los márgenes de elección prácticamente no existen. Muchas personas no eligen estilos para llevar sus vidas. No hay opciones disponibles. En verdad, en estas circunstancias, lo que existe son estrategias de supervivencia (2007: 388).

Para el sujeto que envejece, él siempre es el blanco de todo el proceso y, con los apoyos necesarios, el principal ejecutor del mismo, el primer responsable de su salud y de su enfermedad. Culpabilizar a los adultos mayores por no alcanzar un envejecimiento exitoso puede favorecer la estigmatización de las personas que no ingresen en el ideal de “envejecer bien”. Así, Brigeiro asegura que

La pretensión de control individual sobre los procesos de deterioro identificados en la vejez, desde estadios anteriores del curso de la vida es, cuando menos, osada, especialmente cuando tratamos de sociedades en desarrollo. [...] Más bien, envejecer con salud requiere otras condiciones durante el curso de la vida, como el acceso a la educación, al trabajo y al descanso, bienes materiales y culturales dignos, políticas públicas inclusivas, etc. (2005:104)

Los modelos de envejecimiento exitoso pecan al generalizar premisas particulares y simples a contextos culturales diferenciados y complejos; aprisionan experiencias y valoraciones sociales diversas sobre el envejecer, bajo el auspicio de modelos estrechos y sin validación externa. Homogenizan prescripciones, sin matizar diferencias de género, raza y clase social, e ignoran las demás posibilidades que pueden caracterizar un buen envejecimiento (Brigeiro 2005: 104).

### **Viejos vigilados y controlados:**

Finalmente, el mismo programa formula un sistema de vigilancia y control sobre los usos correctos del cuerpo promoviendo una desmesurada imposición del saber técnico-médico en la vida cotidiana y con esto nuevas formas de concebir al cuerpo y a la salud de los adultos mayores. Tal como apunta Pedraz:

Un transfuguismo del que empiezan a ser presa incluso los viejos, cada vez más acusados, me temo, de no haberse conservado jóvenes por falta de ejercicio y casi conminados a emprender programas de actividad para rejuvenecer y, de paso, ¡para ahorrar en medicinas! (1997:8).

Este discurso traduce una mirada ingenua sobre la percepción de la vejez en tanto proceso de construcción social, el que a su vez involucra factores externos al control individual.

### **Programa Nacional HADOB, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) – Nación.**

Muchos son los autores que analizan la influencia del paradigma biomédico sobre las creencias socialmente compartidas en torno a la vejez, entre quienes podemos destacar: Estes y Binney (1989), Salvarezza (1992), Monchetti (2000) y Iacub (2006). Estos señalan que la representación social acerca de la vejez hoy vigente en nuestro medio, se haya profundamente penetrada por la concepción biomédica de ella.

La concepción biomédica del envejecimiento lo ha homologado a una patología orgánica individual de etiología fisiológica. La copiosa y sostenida difusión de estas ideas en ámbitos científicos y en el más amplio nivel social ha tenido numerosos efectos:

En el campo científico validó las conceptualizaciones, métodos y praxis sobre el envejecimiento que lo enfocan como un problema médico.

En el campo profesional, ordenó jerarquías en función de estos supuestos.

Y en el campo social, influyó sobre las construcciones colectivas de la representación de la vejez (Monchetti y Lombardo 2000: 18).

### **La vejez como sinónimo de enfermedad y el “profe” como enfermero**

El Programa Nacional HADOB sigue una línea similar al programa analizado anteriormente. Posee un discurso anclado en el paradigma biomédico, dando cuenta de una fuerte perspectiva epidemiológica. Pero a diferencia de Salud Activa, aquí no se combate el sedentarismo, sino que se lucha contra las enfermedades ya instaladas a través de un tratamiento médico convencional (proyecto clínico

para curar los síntomas) y a través de la prescripción de distintas actividades terapéuticas no medicamentosas del sub componente del movimiento (prácticas corporales).

Las distintas acciones sanitarias se materializan en una red de técnicas, procedimientos y saberes que regulan el estilo de vida de aquellos depositarios de los prejuicios: los viejos y enfermos. Estas acciones buscan lograr cambios de comportamiento y adherencia en el tiempo, inferidas a partir de investigaciones epidemiológicas que teñidas de datos de relevancia, defienden la necesidad de instalar el programa.

Respecto de las actividades terapéuticas no medicamentosas (sub componente del movimiento y educación), el programa marca una fuerte distancia, afirmando que de ningún modo éstas reemplazan a los tratamientos medicamentosos convencionales.

#### *Pasivos beneficiarios*

Otro eje de discusión que debe ser tenido en cuenta es la denominación que reciben aquellos a quienes va destinada la política pública en cuestión: los beneficiarios. Para Grassi (2003) este término define a un sujeto de la intervención estatal, que si bien podrían ser descriptos como sujetos heterogéneos, al final son homologados por su condición de víctimas, necesitadas de asistencia. Concurriendo con la autora, lo asistencial estigmatiza al destinatario de la política (vago, débil, marginal, inadaptado, careciente), ya que, como forma de intervención social puede generar dependencia, subordinación política y convertirse en un método de control.

#### *En síntesis*

Para concluir presentamos a continuación las ideas principales del análisis anterior que representan a la vejez en las políticas públicas de salud elegidas: Programa Nacional HADOB y programa Salud Activa.

El modelo elegido para la organización de las prácticas sanitarias con adultos mayores está orientado exclusivamente a la atención de la enfermedad. El cuidado de la salud suele quedar en un nivel de declamación de buenas intenciones, caracterizado por un biologicismo que opaca otros posibles niveles de explicación. Se ponderan las funciones curativas, preventivas, de normalización y de medicalización que cooperan con la representación negativa de la vejez, sostenida desde tiempos remotos como un proceso patológico al que hay que curar. Tal como apunta Iacub, “el envejecimiento fue definido como una enfermedad progresiva causada por una multitud de cambios

fisiológicos y anatómicos. Una fuente de alteraciones orgánicas inevitables” (2006:83).

Asimismo, la perspectiva biomédica o higiénica, también caracteriza las orientaciones de las actividades terapéuticas no medicamentosas del sub componente del movimiento (prácticas corporales). Éstas se asientan en los conocimientos de las ciencias biomédicas, con énfasis en los aspectos biológicos funcionales con objetivos dirigidos a la prevención o adquisición de salud, en contraposición a la enfermedad. La práctica de actividad física (actividades terapéuticas no medicamentosas del sub componente del movimiento) posibilita beneficios que no ultrapasan una visión de salud que se restringe a la rehabilitación de enfermedades físicas (Vendruscolo y Marconcin 2006).

Como conclusión general, consideramos que los discursos de ambos programas no tienen en cuenta los procesos de salud y enfermedad en los adultos mayores como procesos sociales, sino todo lo contrario. El fuerte predominio epidemiológico sigue rindiendo tributo al paradigma positivista que refuerza la separación entre lo biológico y lo social, dejando de lado las significaciones subjetivas y colectivas que operan en los sujetos que atraviesan por procesos de salud – enfermedad.

Sin embargo, otras miradas más ligadas a la valorización de las experiencias singulares y creativas de cada sujeto debieran ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas del sector salud destinadas a los adultos mayores.

#### **Bibliografía**

- Araya Umaña, S. (2002). “Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión”. En *Cuadernos de Ciencias Sociales*, n° 127. Sede Académica Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Blessmann, E. (2007). “A sociabilidade e a ludicidade nos jogos esportivos adaptados para idosos” En Stigger M .P.; Gonzalez F. J; Silveira R. (org.). *Esporte na cidade: estudos etnográficos sobre sociabilidades esportivas em espaços urbanos*. Porto Alegre: Editora de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 147-160.
- Bracht, V. (1996). *Educación Física y Aprendizaje Social*. Córdoba: Editorial Vélez Sarsfield.
- Fassio, A. (2008). “Investigación gerontológica: discusiones sobre el análisis cualitativo y la triangulación metodológica”. En Molina, S. (comp.). *Estrategias comunitarias en el trabajo con adultos mayores*. Buenos Aires. Red

de Editoriales Universitarias, pp. 47-57.

Fraga, A. B. (2005). *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Tesis de Doctorado. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Facultad de Educación. Porto Alegre. México: Fondo de Cultura Económica.

Huenchuan Navarro, S. (1999). “De Objetos de Protección a Sujetos de Derecho”. En *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*, N° 8, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile.

Iacub R. (2006). *Erótica y vejez: perspectivas de occidente*. Buenos Aires: Paidós.

Mariluz, G. (2008). *Política, Estado y Vejez: Las políticas sociales para la tercera Edad en Argentina desde el Virreynato del Río de la Plata hasta el año 2000*. Tesis de maestría inédita. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

Martines, I. C. y Marinho Mezzadri F. (2007) “Os modelos de análise sociológica e a elaboração de políticas públicas: a necessidade de novos olhares para o esporte”. En *Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte [e] II Congresso Internacional de Ciências do Esporte / Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte*. Recife: CBCE, 2007.

Rodríguez, M.G. (2009). “Peronismo y deporte (1945-1955): entre el experimento y lo conocido”. En *Crisorio R. y Giles, M. (dirs). Estudios críticos de Educación Física*. Colección textos básicos. La Plata: Al Margen, pp. 93-113.

Vendruscolo, R. y Marconcin, P. (2006). “Um estudo dos programas públicos para idosos de alguns municípios paranaenses: a atividade física, esportiva e de lazer em foco”. En: Mezzadri, F.; Cavichioli F; Souza, D. *Esporte e Lazer: subsídios para o desenvolvimento e a gestão de políticas públicas*. San Pablo: Fontoura, pp. 75-92.

Yuni, J. (2000). “El mito del eterno retorno. Educación, subjetividad y adultos mayores” en *Duschatzky, S. et al. (comps). Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, pp 187-237.

Instituto contó, como centro de su accionar, con el llamado Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que en sus primeros años funcionó para los afiliados domiciliados en la Capital Federal. En 1976 en cada provincia se contaba con una agencia o sucursal a la que pudieran acudir los jubilados. Con los años, la sigla PAMI se convirtió en el icono que identificó a la obra social de los jubilados y pensionados de la Republica Argentina.

4 Documento: Disposición 070-08, Guía de implementación local del Programa Hadob, Guía de Formulación de Proyectos ATNM - HADOB, Guía de organización y contenidos básicos HADOB - ATNM sub. componente educación y Guía de evaluación de proyectos ATNM - HADOB.

5 Op. Cit.

6 Op. Cit.

7 Especialmente se trabaja educación nutricional según patología.

8 Aclaración: no todos los médicos de cabecera que trabajan para PAMI adhieren al programa HADOB. Aquellos que forman parte del mismo reciben un plus económico adicional al valor de la capita base.

9 Documento: “Salud, Actividad Física y Nutrición para adultos mayores”. Dr. Germán Niedfeld. Programa Salud Activa. Área Adultos Mayores. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [on line]

## Notas

1 Ponencia presentada en el IV Congreso ALESDE “Impacto y desarrollo del deporte en los países Latinoamericanos”. Bogotá, Colombia. 22 al 24 de octubre de 2014.

2 Esta ponencia corresponde a un fragmento del análisis realizado en la tesis de maestría de la autora, titulada *Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez. Un estudio de casos*.

3 El 13 de mayo de 1971, a través de la ley 19.032, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en un intento por dar respuesta a un problema que afectaba a la denominada tercera edad: la falta de atención médica y social por parte de sus obras sociales de origen. El