



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía final de grado

Sistema de Cuidados CASMU: Una mirada desde el Trabajo Social

Andrea Trezza Menchaca

Tutora: Dra. Sandra Sande

Montevideo, Uruguay

2024

Desafío a la vejez

Cuando yo llegue a vieja

—si es que llego—

y me mire al espejo

y me cuente las arrugas

como una delicada orografía

de distendida piel.

Cuando pueda contar las marcas

que han dejado las lágrimas

y las preocupaciones,

y ya mi cuerpo responda despacio

a mis deseos.

Cuando vea mi vida envuelta

en venas azules,

en profundas ojeras,

y suelte blanca mi cabellera

para dormirme temprano

—como corresponde—

cuando vengan mis nietos

a sentarse sobre mis rodillas

enmohecidas por el paso de muchos inviernos,

sé que todavía mi corazón

estará —rebelde— tictaqueando

y las dudas y los anchos horizontes

también saludarán

mis mañanas.

Gioconda Belli

Índice

1.	Introducción	3
2.	Presentación del tema	3
3.	Fundamentación	5
4.	Preguntas de investigación:	7
5.	Objetivos	7
6.	Diseño Metodológico	7
7.	Antecedentes	9
8.	Marco teórico	11
8.1.	Categorías analíticas	11
8.1.1.	Vejez y envejecimiento	11
8.1.2.	Salud	15
8.1.3	Cuidado	18
8.2.	Políticas públicas	20
8.3.	El CASMU a través del tiempo	25
8.4.	Sistema de Cuidados CASMU	28
8.5.	Conceptualización de la profesión de TS.	30
8.6	Análisis de las entrevistas desde el TS	31
9.	Reflexiones finales	35
10.	Bibliografía	38
	Anexo	45

1. Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Realizar la práctica preprofesional del Proyecto Integral Cuidado Humano, Derechos e Inclusión Social en el área vejez y envejecimiento significó para la autora del documento un cambio en la forma de transitar la carrera, implicó introducirse en territorio, como parte de un equipo de profesionales de Trabajo Social (TS), y ser partícipe de las intervenciones que se desarrollaban con el objetivo de transformar la realidad de las personas. Estos conceptos leídos se transformaron en hechos, en personas con una historicidad y problemáticas específicas a ser abordadas.

Lo dicho anteriormente sucede en el año 2022 en el Sistema de Cuidados CASMU (SDCC), perteneciente al Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Institución de Asistencia Médico Privada de Profesionales (IAMPP), ubicado en Avda. 8 de Octubre 3310, en el departamento de Montevideo.

El objetivo de esta investigación es presentar y analizar el SDCC como recurso valioso para las personas mayores de 65 años socias de CASMU y para el sistema de salud en general.

El documento se organiza de la siguiente manera: se comienza presentando el tema, seguido por la fundamentación y relevancia de conocer el SDCC desde la perspectiva del Trabajo Social. A continuación, se exponen los objetivos y preguntas de investigación. Posteriormente, se explica la metodología utilizada y se indican los estudios que anteceden al tema abordado. En el desarrollo del marco teórico, se analizan las categorías vejez y envejecimiento, salud y cuidado, que sostienen la producción académica. Luego se realiza un análisis de las entrevistas. Por último, se exponen algunas reflexiones finales y posibles líneas para futuros trabajos.

2. Presentación del tema

El SDCC surge en febrero de 2020 como modelo asistencial preventivo y promotor de salud, dirigido a las personas adultas mayores. Se refiere a un modelo innovador en Uruguay con el objetivo de proporcionar una atención integral que aborde tanto las necesidades médicas como sociales de los afiliados, para lo cual se realiza una atención integral socio sanitaria (CASMU, 2023, p. 6).

El equipo profesional interdisciplinario está integrado por nueve médicos y médicas geriatras, siete licenciadas en TS, una licenciada en enfermería y auxiliares de enfermería. Su trabajo requiere un abordaje con perspectiva a largo plazo, centrado en recuperar y mantener la calidad de vida de la población mayor de 65 años que ingresa al centro hospitalario por extremidad proximal del fémur o, como se conoce habitualmente, fractura de cadera. Para esto se utiliza un enfoque especializado en la combinación de la traumatología y la geriatría que garantice y se adapte a las particularidades de este grupo etario. Sgaravatti (citado en CASMU, 2024) aduce que “la atención ortogeriátrica¹ especializada reduce el riesgo de complicaciones perioperatorias, deterioro funcional y mortalidad”. De la misma forma, Serra y Sánchez (2006) manifiestan que la fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis por la mortalidad, morbilidad y costos que genera. Puede producirse a cualquier edad, pero el 90 % de los casos ocurren en personas de más de 64 años, se manifiesta mayoritariamente en mujeres y a consecuencia de una caída.

El CASMU –según los datos aportados en entrevista con el Director del SDCC (entrevista 1, 2024)– cuenta con 182.000 personas afiliadas. De estas personas, casi 50.000 son mayores de 65 años –equivalente a un 27% de los socios–, 400 de las cuales son operadas anualmente para procedimientos de prótesis. Se puede constatar que al momento de la elaboración de este documento se han asistido en el SDCC más de 1900 usuarios, quienes reciben los cuidados especializados.

Un evento en la salud que trae consecuencias en torno a las circunstancias personales, como el que sucede cuando se produce un accidente, implica que muchas personas mayores de un momento a otro cambien radicalmente su forma de vivir y de estar en el mundo. Aparece un hecho puntual –como puede ser una caída– que requiere atención, reparación física y cuidado hospitalario inmediato.

A partir de ese momento se desencadena una secuencia de acciones que dejan al sujeto vulnerable frente al impacto de la internación en el centro de salud. Esta situación será atravesada conjuntamente con el equipo médico, de enfermería, trabajadores y trabajadoras sociales (Ts) y acompañada por familiares y/o referentes –esa o esas personas que probablemente sean quienes brinden el soporte, la contención y el apoyo necesario frente a las incertidumbres que se van presentando en el proceso–. Es por lo dicho anteriormente que

¹ Esta atención se brinda en la unidad adaptada a las necesidades hospitalarias de las personas viejas con fractura de cadera.

interesa en este trabajo presentar el dispositivo del SDCC y cómo las Ts intervienen en ese acompañamiento profesional humano.

3. Fundamentación

Comprender la vejez y el envejecimiento es un desafío para quien lo emprende, implica compromiso, escucha y empatía con personas que están viviendo una etapa del ciclo de vida que es transformadora, y donde hay camino aún por descubrir. Implica aceptar que todos/as nos encontramos envejeciendo y que cada proceso estaría atravesado por una historia personal y, por lo tanto, única.

Por este motivo, este trabajo comparte las ideas de Sande (2015), quien conceptualiza el estado de vejez como un momento de la vida en que se suman fragilidades, dependiendo de diferentes factores biológicos, sociales y culturales, así como el proceso de envejecimiento forma parte de la trayectoria de vida de las personas.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (OIT- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2009) el envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida evidencian nuevas necesidades en la población, y estas traen nuevas formas de cuidados en América Latina y el Caribe. Con el paso del tiempo es más probable que las personas mayores experimenten un deterioro de sus condiciones de salud y un debilitamiento de redes familiares y comunitarias, lo que trae aparejado la demanda de servicios de asistencia pública y privada. A medida que aumenta el número de casos de personas mayores en el mundo, se intenta –mediante agenda de organismos internacionales en concordancia con autoridades nacionales– dar prioridad a la instalación de sistemas nacionales de cuidados que garanticen la cobertura de asistencia a ellos, promoviendo su autonomía personal y siguiendo normas de calidad y bienestar.

Sande (2014) entiende al cuidado como necesario, de diferentes formas, durante el transcurso de la vida, y los agentes encargados de llevarlo a cabo son la familia, el Estado y el mercado.

El cuidado humano es considerado como una función social que involucra la promoción de la autonomía personal y la atención a personas dependientes. Sin esta relación entre quienes brindan cuidado y aquellos que los necesitan, no sería posible la reproducción social y el desarrollo de las capacidades individuales. (p. 116)

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de los segmentos poblacionales. Más específicamente, los datos que figuran en el informe “Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100” (ONU, 2019), muestran que en el año 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, y la estimación es que las personas de más de 80 años pasarán de 143 millones en 2019 a 426 millones en el año 2050.

De la misma forma, en diciembre de 2022 se desarrolló en Chile la “Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe” por parte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en la que se presenta a Uruguay como un país con un envejecimiento avanzado, las personas mayores superan el 20% de la población en el año 2022, y en los próximos años lo seguirá Chile como país con la población más vieja de la región. En esta conferencia se presentó el informe “Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores” (CEPAL, 2022), en el que se plantea:

El envejecimiento es un asunto de la más alta prioridad, que requiere acciones urgentes en varias esferas, para visibilizarlo y considerarlo desde las perspectivas de derechos humanos, género, interculturalidad e interseccionalidad, poniendo la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de las respuestas de política pública, e incorporando la visión y los compromisos que emanan de los instrumentos y acuerdos internacionales y regionales en la materia. (p. 11)

Lo planteado por la CEPAL sobre políticas públicas (PP) en referencia a esta población coincide con los datos del Dr. Sgaravatti (entrevista 1, 2024), que indican que 4.000 personas son operadas por año por fractura de cadera en Uruguay, con un costo que oscila entre 6.000 y 8.000 dólares, en función de los días de internación en la institución médica.

De la misma forma, un estudio realizado por CASMU-IAMPP (2023) durante el período entre febrero de 2020 y febrero de 2021, en el que se atendieron 404 usuarios, muestra que las fracturas de cadera son un problema sociosanitario importante en las vejez asociado con alta discapacidad, mortalidad e impacto socioeconómico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que la edad cronológica es un factor importante para sufrir caídas/fracturas, y a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo; la misma Organización, en un artículo publicado en abril 2021, sostiene que “las caídas

son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga” (OMS, 2021).

Es relevante visualizar cómo afrontan las personas mayores las consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas de la fractura de cadera, a la vez de mostrar el impacto de la atención con cuidados especializados para esta población.

Poder problematizar y ejecutar las políticas adecuadas de prevención y asistencia es parte del compromiso social en Uruguay y el mundo en este tiempo. Además, los datos y tendencias mundiales expuestos evidencian la importancia de conocer y comprender la existencia y el funcionamiento del recurso privado SDCC.

4. Preguntas de investigación:

- ¿Qué aporta el SSCC a las personas mayores de 65 años afiliadas al CASMU?
- ¿Cuáles son las necesidades de los usuarios de CASMU mayores de 65 años?
- ¿Existen diferencias en la atención de las vejeces en los usuarios fracturados antes y después del SDCC?
- ¿Cuáles son los aportes del TS como parte del equipo interdisciplinario del SDCC al bienestar y/o a la rehabilitación de las personas?

5. Objetivos

Objetivo general

Describir y analizar el Sistema de Cuidados de CASMU (SDCC).

Objetivos específicos

- Conocer el funcionamiento del SDCC.
- Visualizar el impacto del SDCC en las vejeces usuarias de CASMU.
- Denotar cómo el Trabajo Social interviene en el proceso de cuidado de las personas mayores de 65 años con fractura de cadera, socias de CASMU.

6. Diseño Metodológico

Este trabajo propone una metodología cualitativa, comprendida por Sautu et al. (2005) como una realidad subjetiva donde el investigador es parte del proceso, acudiendo a la propia reflexividad para analizar con profundidad y detalle el contexto.

Se pretende conocer el SDCC a través de un estudio de caso, entendido por Stake (1995) como una investigación que permite abarcar la complejidad de un caso singular, existe una necesidad de comprensión general de la realidad que se puede entender mediante un estudio particular. Es así que, trasladado al SDCC, se pretende describir y comprender su funcionamiento y abordaje con personas mayores, permitiendo adecuarse a situaciones cambiantes y dinámicas que suceden en un tiempo acotado.

Para efectivizar el estudio de caso, serán utilizadas las técnicas de revisión bibliográfica y entrevista. La entrevista, para Sautu et al. (2005), consiste en una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de las personas.

En este sentido, se utilizará como técnica para recoger información la entrevista semiestructurada a especialistas del SDCC, con el objetivo de conocer las experiencias, percepciones e información que puedan aportar a la investigación.

El dominio empírico de la investigación es el CASMU, complejo asistencial ubicado en 8 de Octubre 3310, Montevideo, en el cual se encuentra el SDCC, en el segundo piso, que concentra el equipo de trabajo con las especialidades mencionadas anteriormente.

Muestra:

Entrevista	Función en SDCC
1	Director
2	T. Social
3	T. Social
4	T. Social
5	Familiar

La muestra está integrada por informantes calificados –técnicos del SDCC–, quienes acceden a brindar información. Específicamente, se entrevistó al Director y a tres Trabajadoras Sociales del SDCC. Para complementar el trabajo de campo se entrevistó a un representante de una familia socia de la Institución cuyos padres fueron asistidos por fractura de cadera con diferente modalidad (uno dentro del SDCC y el otro antes de su creación).

7. Antecedentes

Al realizar la búsqueda de antecedentes sobre la temática que puedan servir como insumo en el desarrollo de esta monografía, no se encuentra material específico sobre sistemas de cuidados en la salud privada aplicados a la vejez en Uruguay. De todas formas, existen trabajos publicados orientadores con respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), así como también a las categorías analizadas y la participación activa del TS en los equipos de salud privados.

En primera instancia se presenta la tesis de la Licenciatura en Trabajo Social realizada por Lucía Mosteiro en el año 2019, denominada *El trabajo social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: estudio de caso en una Institución de Asistencia Médica Colectiva*, que presenta como objetivo general: “Analizar los cambios en el ejercicio de la profesión a partir del Sistema Nacional Integrado de salud, considerando las modificaciones en cuanto a la inserción y las funciones del Trabajo Social en una institución privada de salud” (Mosteiro, 2019, p. 8). El trabajo pretende contribuir a la reflexión sobre las funciones del TS en el campo de la salud privada a partir de la implementación del SNIS, dado que fue desde este momento que comenzó un proceso de fortalecimiento de la profesión en esta área. También pretende contribuir a la consolidación y expansión de los distintos ambientes de participación del TS dentro de la salud que se promueve desde el Estado bajo el SNIS.

Los hallazgos de la investigación indican que la tarea del Ts está en continuo cambio, con posibilidades y visibilidades nuevas; es una tarea en la que se debe asumir el cambio constante. Además, el concepto de *salud* ha ido cambiando a lo largo del tiempo y desde la idea del sujeto como ser social. La autora sostiene la idea de salud como un proceso que incluye todas las formas de ser y estar en el mundo, también desde el paradigma de la complejidad. El SNIS fortalece estas consideraciones, promoviendo la inclusión de equipos de salud que apuesten al trabajo interdisciplinario (Mosteiro, 2019).

Por otra parte, se encuentra la tesis de grado de Natalia Russo, del año 2015, denominada *El Trabajo Social en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*, presenta como objetivo general: “Contribuir a la reflexión sobre la demanda que se le coloca al Trabajo Social en las IAMC a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)” (Russo, 2015, p. 9).

En las reflexiones finales de la monografía, Russo manifiesta que el TS en las instituciones de salud es receptor de demandas de todo tipo, ya sea directamente desde los usuarios, como a través de derivaciones de los diferentes equipos que requieren de la

intervención de una disciplina cuyo saber se basa en buscar respuestas a las expresiones cada vez más complejas de *la cuestión social*. En general, en las IAMC el TS ya tenía sus espacios de trabajo. Esto está regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP), por lo que las mutualistas deben cumplir con los requerimientos que este impone a través de los organismos competentes y se ven en la necesidad de aumentar la cantidad de Ts necesarios para cubrir todos los espacios de trabajo donde debe estar presente la disciplina. El documento concluye resaltando lo positivo de la generación de nuevos espacios en la salud privada para la profesión a raíz de los cambios estructurales en el sistema (Russo, 2015).

En el año 2013, Álvaro De León realizó como tesis final de grado de Trabajo Social un estudio de Caso en la Cátedra de Geriatria del Hospital de Clínicas denominado *El abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social*, con el objetivo general de “conocer los mecanismos gerontológicos en el abordaje de los riesgos sociales en los adultos mayores desde los equipos interdisciplinarios” (De León, 2013, p. 7). Se plantea como problema de investigación “el abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social” (p. 8).

En dicho estudio se observó que en la labor desempeñada por el equipo de trabajo en el piso 12 del Hospital de Clínicas con personas mayores existieron dificultades en la intervención interdisciplinaria. El autor pudo constatar la relevancia de la gerontología –como disciplina– en el repensar la intervención desde el TS, la medicina, la psicología, la sociología, la fisioterapia y la enfermería.

Además, De León (2013) plantea como desafío la necesidad de que las acciones desde la salud se dirijan a la reducción de riesgos, para poder minimizar cualquier aspecto de la vida de las personas mayores que pueda dar lugar a una enfermedad, sobre todo, a través de acciones coordinadas en todos los actores de la sociedad, promoviendo una vida sana en la que puedan valorizar el momento vital en el que se encuentran.

Otro desafío encontrado fue procurar que el adulto mayor tenga un espacio de participación y colaboración en los ámbitos de decisión de la sociedad que sean relevantes para su bienestar.

Para culminar, cada antecedente mencionado permite situar la labor a desarrollar en el SDCC. Tomar contacto con la institución conociendo la realidad de los cuidados sanitarios brindados por el sistema de salud a las personas de este país en relación con sus derechos y vulnerabilidades permite enfocarse en las necesidades de los viejos y viejas usuarios de CASMU. A su vez, permite visualizar los espacios ganados por la profesión en el área de la salud, así como todo el proceso de cambio en el que esta inserto. La necesidad del trabajo

interdisciplinario se puede constatar en cada investigación, así como también todas las dificultades para llevarlo a cabo.

8. Marco teórico

Para comenzar el desarrollo del marco teórico de esta monografía, se presentan las categorías analíticas que sostienen el estudio del SDCC desde la disciplina del TS. Para ello, se plantean, primero, las categorías vejez, vejeces, envejecimiento y sujetos envejecientes, luego, salud y cuidado humano. Posteriormente, se abordarán las políticas públicas, la reforma en el sistema de salud y las políticas sociales (PPSS), para llegar a los sistemas de cuidados en forma general (SNIS), como encuadre del Sistema de Cuidados en la Salud para las personas mayores.

8.1. Categorías analíticas

8.1.1. Vejez y envejecimiento

Podemos amar lo que somos sin odiar lo que no somos. Podemos prosperar en nuestras propias tradiciones, incluso mientras aprendemos de otros y respetamos sus enseñanzas.

Kofi Annan²

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades para las personas mayores, sus redes familiares y comunitarias, y por consecuencia también para las sociedades en su conjunto.

El envejecimiento desde la óptica de la OMS (2002) es considerado el deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuestas adaptativas al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.

Por otro lado, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015), aprobada por ley en Uruguay en el año 2016, en su artículo 1, plantea como objetivo:

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin

² Secretario General de las Naciones Unidas, período 1997–2006.

de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (OEA, 2015, art. 1)

Además, la misma Convención se refiere al envejecimiento como “el proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (OEA, 2015, art. 2).

Los abordajes teóricos de la temática presentan una llegada tardía al mundo occidental frente a otras ciencias específicas como lo son la biología y la medicina. Con ellos aparece, para Dornell (2023), el campo de la gerontología, que es el estudio científico de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva psicosocial, donde “se producen paisajes que presentan sus repercusiones en los cuerpos y corporalidades de las personas viejas” (Dornell, 2023, p. 55), estableciendo una nueva forma sentir, investigar y actuar respecto al proceso de envejecimiento, su carácter universal y comunitario, con el objetivo de lograr el bienestar integral de las personas mayores.

A su vez, la autora distingue la gerontología de la especialidad médica geriatría que se ocupa del tratamiento de las enfermedades de las personas viejas y del establecimiento de acciones de prevención y promoción relacionadas con la salud.

Es importante compartir el pensamiento de Ludi (2011), para quien la vejez se configura como una construcción sociocultural, determinada por dimensiones socioeconómicas, políticas y culturales, que atraviesan la vida cotidiana de las personas; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y emocionales, constituyéndose en una experiencia única (pp. 33-47). Para la autora, las dos dimensiones de la vejez incluyen el impacto que generan las construcciones socioculturales en los sujetos y la vejez como un proceso de envejecimiento en sí mismo, pensado desde lo biológico.

Con respecto a los antecedentes sobre vejez, Dornell (2023) manifiesta que estos se asociaban a la fase final de la vida y a la dependencia física o enfermedades asociadas, considerándola como un momento del ciclo de vida de derrumbe y decadencia de los seres humanos. En los años setenta aparecen las primeras investigaciones en la academia sobre envejecimiento celular. Posteriormente, aparecen las transiciones demográficas y, con ellas, el estudio de los procesos de envejecimiento en las diferentes dimensiones. Estas tendencias toman presencia en América Latina y el Caribe, donde se pudieron problematizar los cambios

en la composición de la población y se generaron requerimientos y especializaciones de los servicios del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de la ciudadanía.

En términos generales, se asume que el envejecimiento representa problemas para la sociedad occidental del siglo XXI; el imaginario colectivo entiende que para mantener una charla con un adulto mayor esta debe contener temáticas como dolores, enfermedades, nietos o medicamentos. A la vez, la mirada es recurrente a ciertas formas, costumbres y determinados comportamientos, como lo son cuerpos no deseados y la creencia de que no existen contenidos que puedan aportar, tanto a nivel individual como colectivo-social.

Esa mirada binaria entre cuerpos aptos para la producción y otros que la han perdido, determina una perspectiva de la vejez, en singular, como un estado de la vida sin demasiadas expectativas más allá de los roles asignados socialmente para esa etapa. (Dornell, 2023, p. 9)

Se pretende visibilizar la perspectiva desde la cual envejecer no sea algo negativo, de hecho, es algo natural y universal, con multiplicidad de experiencias. Esto quiere decir que el envejecimiento no es un proceso idéntico para todas las personas, es posible que algunas vejez lo vivan de una manera más saludable que otras en relación con los estereotipos y prejuicios a los que han estado expuestas, los cuales seguramente se han internalizado en alguna medida.

Las vejez –en plural–, para Sande (2018), se transitan en espacios sociales concretos, y se constituyen a partir de determinadas formas de entender las nociones de edad y las etapas de vida. Además, agrega la autora,

(...) como categoría de análisis, implican una forma de visibilizar la singularidad de las experiencias y de evitar la homogeneización de las intersecciones que confluyen sobre las personas, que hacen que sea transitada de manera diferencial (la etnia, la clase, el género, el momento histórico, entre otras determinaciones). (p. 33)

Podría pensarse, en sintonía con la autora, que la historia, la política y la cultura se entrelazan en el interior de cada sociedad, re-generando sus propias concepciones y transformaciones, donde las formas de nombrar y entender a la vejez van a estar relacionadas con la cultura en la que se encuentren inmersas.

En relación con la forma de entender a la vejez, Elisa Loncon³ (2020) afirma que, en la vida de los pueblos indígenas mapuches, las personas mayores son valiosos y poseen roles importantes, practican y mantienen la sabiduría, la espiritualidad, participan de la socialización de los niños y también en la vigilancia de la vida comunitaria de los adultos. Cada vez que la comunidad realiza acuerdos, parlamentos, en los actos de recuperación de la tierra y de los derechos, los mayores son convocados para dar legitimidad a los acontecimientos. A los mayores se les respeta por su sabiduría y experiencia, por su compromiso con el pensamiento mapuche, son un eslabón de transmisión del saber a las nuevas generaciones, son los maestros en el sistema de conocimiento propio, son los que conocen la lengua y poseen la práctica viva de la cultura.

Por consiguiente, en relación con los modos de nombrar a la vejez y a las personas que envejecen, Ludi (2011, pp. 33-47) expresa que detrás de ello existe una concepción de sujeto que va construyendo imaginarios y representaciones que es necesario transformar. Se destaca entre los conceptos más utilizados: anciano/a, tercera edad, cuarta edad, senilidad, adulto mayor, abuelo/a, jóvenes de la tercera edad, añoso, geronte, viejito/a. Son construcciones socioculturales que intentan atenuar o favorecer la significación que tiene el término viejo/a para los sujetos.

En la misma línea, el área de Vejez y Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales deja en claro la importancia de las formas de nombrar de la siguiente manera:

El lenguaje es uno de los ejes de análisis en tanto instrumento de cambio y transformación. Nombrar de maneras diversas habilita nuevas lecturas. Así, se habla de mujeres envejecientes y mujeres envejecidas, se hace referencia a procesos frente a los cuales las mujeres están hartas y a la vez son pioneras y militantes de la gestación de nuevas realidades, frente al lenguaje dominante sobre la vejez como el deterioro de funciones biológicas, se resalta el acumulado de experiencia vital, sabiduría y conocimientos. (Agostino, 2023, p. 11)

El Dr. Diego Bernardini (2018), médico de familia y gerontólogo, en una conferencia sobre la nueva longevidad, pone el ejemplo de Mick Jagger, de 75 años de edad cronológica, quien durante cada concierto corre aproximadamente 13 kilómetros, y se pregunta ¿le diríamos abuelito aunque tenga ocho nietos? A su vez, expone que cada vez existen más cantidad de personas mayores de 60 años y cada vez viven más tiempo, por lo cual están transformando la

³ Presidenta de la Comisión Nacional Chilena.

realidad en la que viven; el autor se pregunta: ¿cómo festejarías tu cumpleaños número 95? El conferencista pone en evidencia la transformación de la realidad que se está realizando por los seres humanos envejecientes, estos que para algunos miembros de la sociedad no tienen valor en sí mismos.

Se puede reflexionar que el envejecimiento propio para las personas que se ubican en edades anteriores a las que la sociedad impone como la del inicio de la vejez –65 años en Uruguay– se piensa a partir de algún acontecimiento externo: la vejez de otros, en la mirada ajena. Esto contempla la idea de que cuanto más cerca se encuentra la vejez, más lejos se la percibe (Sande, 2018).

8.1.2. Salud

La salud en el adulto mayor se mide en la capacidad de funcionar de manera autónoma. Es un concepto que es diferente al de la medicina tradicional. En promedio, una persona de 80 años tiene, por lo menos, dos o tres enfermedades. ¿Están enfermos? Para la medicina tradicional, sí. ¿Se sienten enfermos? Pueden tener artrosis, osteoporosis, hipertensión, diabetes y colesterol, pero si viven con buena calidad de vida no están enfermos (Sgaravatti, citado en CASMU, 2024).

Se toma como punto de partida para el desarrollo de la categoría *salud*, y a su vez el estado de salud –presente en las vejeces–, a la OMS, quien actúa con el amparo de la ONU y cuyo representante en las Américas es la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde su fundación el 7 de abril de 1948 –en un contexto post bélico–, persigue el objetivo de crear un espacio en que los distintos países puedan ponerse de acuerdo en estrategias comunes para concertar acciones mancomunadas con respecto a la redistribución de recursos (Stolkiner, 2003).

Es por esto que la OMS, sobre la base de los principios de su carta constitucional,⁴ realiza una definición de salud.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia (...) grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los

⁴ La Constitución de la OMS, fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OMS, 1948)

Analizando la definición se constata que tanto la salud como la enfermedad no pueden ser conceptos absolutos, sino que dependen de los diferentes aspectos que hacen al ser humano, y de cómo influyen en su vida las relaciones sociales inmersas en la dualidad individuo-sociedad, las cuales pueden comportarse como protectoras y/o agresoras en el devenir de la vida (García, 2019).

Por último, interesa mostrar el alcance universal de los principios de la OMS para la cual “la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (OMS, 1948).

Valenzuela (2016) sostiene que el concepto de *salud* es histórico y dinámico, por lo cual se modifica de acuerdo a la época y a las condiciones ambientales en las que nos encontramos. La complejidad estaría relacionada no solo con las distintas visiones que los autores especializados ofrecen del término, sino también con el momento histórico en el cual los conceptos son creados y/o modificados, siendo influenciados por el contexto cultural de cada grupo social del cual participan, adquiriendo el significado más pertinente de acuerdo con factores socioculturales e históricos, que no siempre son compartidos por todas las comunidades humanas.

En la misma línea, Amico (2005) señala que el término *salud* debe ser construido y reconstruido, entendiéndolo como “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad” (p. 17).

De esta manera se abandona la idea de completo bienestar por máximo bienestar posible, dependiendo del grado de influencia de los factores sociales, políticos, económicos y culturales. Estos factores, en cierta medida, van a determinar el bienestar personal, el equilibrio psíquico y la participación del individuo en la comunidad, si valoramos al ser humano desde la integralidad.

Por otra parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada y proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su artículo 25 propone:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Naciones Unidas, 1948, art. 25)

Para el cumplimiento de estos derechos sociales se requiere la presencia de un Estado comprometido con el bienestar individual y colectivo de los ciudadanos y, por lo tanto, con capacidad resolutive en las diferentes dimensiones involucradas. De esta manera conviven los recursos sanitarios con los sociales y con los equipos de salud. Es por esta razón, que el artículo 44 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay (Uruguay, 1967) expresa:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (Uruguay, 1967).

Comprender el constructo teórico *salud* en conjunto con las otras categorías permite abarcar una perspectiva integral del ser humano para intervenir en las complejas situaciones que atraviesan las personas mayores. Más adelante se desarrolla una de las principales herramientas con la que cuenta el Estado para incidir en las vejeces, que son las políticas públicas. Es por este motivo que se concluye con la idea de Sande (2018) para así dar continuidad a la próxima categoría.

La relación entre vejez, enfermedad y dependencia muestra cómo en el imaginario social estas categorías están asociadas. Pensar en la forma en que se habitará la vejez aparece vinculada a temas de cuidado de la salud para evitar la dependencia (p. 172).

8.1.3 Cuidado

El miedo a envejecer nace del reconocimiento de que uno no está viviendo la vida que desea. Es la misma sensación de estar usando mal el presente.

Susan Sontag

Pensar cómo transitar las vejeces va acompañado de tener presente y planificar autocuidados que permitan a las personas una satisfactoria calidad de vida. El cuidado ha existido y forma parte de las personas desde el principio de los tiempos, desde la búsqueda de alimento para satisfacer las necesidades primarias, pasando por el cuidado a personas enfermas, hasta la modernidad, donde la palabra toma una connotación más amplia, ya que se van cambiando las formas de vincularse, los intereses y la forma de vivir para la realización como personas. Se podría considerar el cuidado como una forma de ayudar a otros individuos a crecer y a vivir una vida plena. Este cuidado puede implicar una contención afectiva y amorosa, otras veces una intervención curativa asistencial.

En términos generales, podemos concebir el cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que los recibe. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley, sino que también involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas. (Aguirre, 2005, p. 5)

De la misma forma que socialmente aún se tiende a homogeneizar la construcción de la vejez, sumado a los diferentes significados asociados a ella, el *cuidar a otros* como mandato social se convierte en una tarea compleja de atravesar, dado que se incorpora como parte de la responsabilidad asociada a ser hijo/a, nieto/a, hermano/a, pareja, etc. De esta manera, se pierde de vista que existen otras opciones y otras maneras de jerarquizar los cuidados. Como técnicos sociales insertos en los distintos sectores de la sociedad se puede inferir, ampliando el horizonte de las posibilidades en los sujetos, de acuerdo con Bentura, C. (2011): “creemos que la profesión ha ido conquistando en el campo de la salud espacios de autonomía profesional relevantes que le permiten tener hoy un mejor posicionamiento en el sector” (p. 87).

Por otra parte, la problematización del cuidado humano en la vejez se vuelve fundamental ya que es en esta etapa donde posiblemente se va a requerir mayor asistencia. Paula Lucía Aguilar (2019) entiende al cuidado como el conjunto de tareas necesarias para el sostenimiento de la vida cotidiana y de su reproducción intergeneracional. Además, este concepto involucra tanto al conjunto de prácticas que constituyen la acción material y física de cuidar, como la preocupación, el afecto y la atención que recaen sobre aquellos que, por distintas razones, requieren de cuidados.

Además, la necesidad del cuidado varía en cada sociedad, por lo que está determinado por un contexto sociohistórico. Es por eso que Dornell (2017) entiende el cuidado como el conjunto de acciones que se orientan al acompañamiento de otra persona en un determinado tiempo y espacio.

En la sociedad uruguaya el cuidado recae sobre la familia y las instituciones privadas; a pesar de las estrategias y los intentos por parte del Estado, este no encuentra la forma de asignar cuidados sostenidos en el tiempo. Es así que Scavino (2024), en su tesis de Doctorado en Sociología, afirma que “(...) el familismo imperante se transforma en un familismo con aceptación del trabajo remunerado en domicilio, sostenidos por mujeres que realizan trabajo en condiciones precarias” (p. 8).

Los principios que enuncia el SNIC sobre la universalidad de los servicios y su real integralidad no se han logrado implementar de manera efectiva a lo largo del tiempo, “(...) siendo las políticas desarrolladas una reorganización de políticas preexistentes, y su revisión en algunos casos, y, presentándose como políticas aisladas, sin articulación entre sí” (Scavino, 2024, pp. 7 y 8).

Para terminar, cabe mencionar la situación en América Latina y el Caribe según la OPS (2023), para quien los cuidados a largo plazo incluyen actividades realizadas por cuidadores y trabajadores del cuidado, para optimizar la pérdida permanente o transitoria de la capacidad intrínseca de una persona, con el fin de promover un nivel de capacidad funcional conforme a los derechos básicos, las libertades fundamentales y la dignidad humana. Además, la organización expone que es necesario establecer sistemas de atención a largo plazo para proteger y promover los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados, con el debido uso eficiente de los recursos.

8.2. Políticas públicas

Nosotros mostramos un modelo de atención que es costo eficiente, es un modelo que mejora la calidad de vida, al mantener la función de los pacientes, y funciona. Los números que tenemos son de peso en el mundo, tenemos todo para hacerlo porque somos un país pequeño. Es un problema político y deberíamos tener quien nos atienda bien.

(Entrevista 1, 2024)

A la profesión, históricamente, le ocupan y le preocupan las condiciones en que están transitando las vejeces su cotidiano vivir, y mediante publicaciones, investigaciones y congresos interpela y visibiliza la problemática de los cuidados como sistemas sostenidos y fijos en el tiempo.

Reflexionar, proponer y cuestionar las políticas públicas exige la atención de gobernantes, técnicos y la ciudadanía en general. Es por esto que Luis F. Aguilar (2009) se refiere a las políticas públicas como un conjunto de acciones estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad; son acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la relación entre el Gobierno y la ciudadanía. Dichas acciones son ejecutadas por actores gubernamentales y/o por actores sociales en articulación con el Estado, y muestran patrones de comportamiento del Gobierno y de la sociedad.

De la misma forma, Aguilar (2009) se refiere a la política pública como el resultado de un proceso social y político, que a veces es fluido y consensual y otras es un proceso complejo y tenso, sacudido por discrepancias sobre los objetivos y las acciones de la política, que obliga a negociaciones entre los actores políticos y sociales interesados en la atención de una problemática específica. De acuerdo con el autor, la estructura lograda es el producto de un proceso de articulación política.

Transitar la vejez con escasa presencia y apoyo del Estado implica condenar y condenarse a la incertidumbre cotidiana. Con esto se refiere a que tener recursos económicos no garantiza una digna vejez, esta se construye todos los días entre todos y todas, observando, acompañando, respetando y honrando el lugar y el saber de las vejeces.

Cada Gobierno fue tomando contacto y estableciendo prioridades para la asignación de los recursos, ya que en el sistema capitalista los recursos son limitados y se distribuyen en una economía organizada bajo la lógica del mercado. Para Polanyi (1992),

permitir que el mecanismo de mercado dirija por su propia cuenta y decida la suerte de los seres humanos y de su medio natural, e incluso que de hecho decida acerca del nivel y de la utilización del poder adquisitivo, conduce necesariamente a la destrucción de la sociedad. (pp. 130-131)

Según este autor, no todo es intercambio mercantil, existen otras formas de asignación de recursos y satisfacción de necesidades más allá de las económicas, como articulaciones entre los actores, reciprocidad, redistribución y unión familiar. “El principio general de la reciprocidad contribuye a asegurar a la vez la producción y la subsistencia de la familia” (p. 90).

Como menciona Marshal (1998), el sentido de pertenencia y unión de las personas motiva el crecimiento ciudadano. Es por esta razón que técnicos expertos actúan como mediadores en las relaciones entre el Estado y sus beneficiarios. Dichos expertos han desempeñado un papel de suma importancia en la creación de los sistemas de asistencia colectiva.

En este sentido, para cubrir las necesidades de la población —y a veces a través de organizaciones de la sociedad civil—, con el objetivo de la optimización de recursos es que “aparecen” las políticas sociales, definidas como las que “... conllevan un concepto de necesidad implícito, del que depende la determinación de aquellas a cuya satisfacción se orientarán de manera explícita las intervenciones en política social, y a quienes les son atribuidas y reconocidas” (Grassi, 2008, p. 47).

Compartiendo las ideas de Antía (2017), América Latina está integrada por países subdesarrollados con una amplia diversidad de trayectorias históricas, territorios, poblaciones, sistemas políticos, medio ambiente y alcance de los programas de protección social. Además, la autora entiende que existen dos grupos de países en función de la relación entre el Estado, el mercado y las familias en pos del bienestar social. Uruguay se encuentra junto a Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica y México en el grupo donde el Estado participa directamente en mitigar los riesgos sociales y con presencia del mercado. Son sociedades desiguales donde se aplican regímenes⁵ de PPSS entendidas como el “paquete de políticas provistas por el estado

⁵ La noción de régimen no sólo toma en cuenta los impactos distributivos de las políticas sociales, sino que también incorpora a las instituciones o ámbitos encargados de la protección social. Son esas agencias que, históricamente, han generado y distribuido bienestar en base a sus niveles diferenciales de participación.

para proteger a los ciudadanos de la pobreza y redistribuir ingresos y oportunidades” (Pribble, 2011, citado en Antía, 2017, p. 200). El otro grupo está integrado por países “pobres” en donde el Estado asume un rol marginal frente a las problemáticas de las personas, lo que las deja vulnerables a los vaivenes del mercado y las potencias privadas.

Se puede considerar a Uruguay en términos de Antía (2017) como un país con régimen de políticas sociales universal-estratificado (Midaglia et al, 2017, p. 9) que garantizaba parcialmente la seguridad social y los servicios de salud a la mayor parte de la población, mientras la educación se aplicaba a todos por igual, con los diferentes matices que existen en la realidad.

La República Oriental del Uruguay retoma la democracia en el año 1985 con transformaciones a nivel político, económico y social, además con adaptaciones al nuevo entorno local e internacional en lo que refiere a reformas del libre mercado. Se da una puja entre dos formas de Estado, uno que se retira y uno que se está instaurando, un viejo Estado corporativo y un nuevo Estado social focalizado, que conviven sin acomodarse a los cambios y riesgos sociales (Alegre y Filgueira, 2009).

La reforma constitucional de 1989⁶ impulsada por los pasivos puso en evidencia que los ajustes en jubilaciones y pensiones no podían ser menores a la variación del índice medio de salarios, por lo cual el Estado fue obligado a aumentar las jubilaciones cada vez que incrementaba los salarios públicos. Este contexto lleva a la recuperación real de las jubilaciones y, también a su contracara, que fue incrementar los problemas de financiamiento, en que el gasto en seguridad social, que era de 11, 2 % del PBI en 1990, pasó a ser de 15,8 % en 2001, con los efectos contrarios a lo que se propone en la reforma de seguridad social de 1995, por la que de un sistema de reparto estatal se pasó a un sistema mixto con participación privada. Esto dejó al sistema de distribución con un déficit importante, ya que antes toda la recaudación se destinaba a rentas generales y con la reforma se reparte con privados, sumado al hecho de que el sistema de salud era lento e ineficiente (Alegre y Filgueira, 2009).

Se llega así a los años 2000 en una situación de liberación económica, con una ecuación fiscal comprometida, el trabajo con signos de desempleo estructural y precarización en las relaciones entre trabajadores y empresarios. De la misma forma aparecen en las familias nuevos modelos, y formas de funcionamiento, como lo es el ingreso al mercado laboral de más integrantes del núcleo familiar para poder mantener un nivel de bienestar digno.

⁶ Reforma aprobada el 26 de noviembre con agregado de incisos en el artículo 67.

Otro punto que cabe destacar en este contexto es que el 60 % del gasto del Estado va destinado a la franja etaria de las personas mayores, quienes tuvieron en el pasado una inserción formal en el mercado de trabajo. Esta situación, sumada al envejecimiento de la población, trajo consecuencias en el aumento del gasto en asistencia sanitaria basado en seguros de empleo, donde a raíz del aumento de la informalidad laboral, mayor cantidad de personas perdieron cobertura –asistencial– y la consecuente protección social (Alegre y Filgueira 2009).

El 1º de marzo del 2005 asume como Presidente de la República el Dr. Tabaré Vázquez, siendo el primer socialista en llegar a la Presidencia del país, en representación del Frente Amplio. Con él se realizan las grandes transformaciones en la seguridad social tan necesarias en ese momento, principalmente las reformas en el sistema de transferencias de ingresos para las familias y del sistema de salud (Alegre y Filgueira 2009).

Como principal articulador de PPSS en el país, y como organismo especializado, se creó el 21 de marzo de 2005 el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Su objetivo es:

Implementar, ejecutar y coordinar programas de Atención a la Emergencia Social, mediante la cobertura de las necesidades básicas de quienes se hallan en situación de indigencia y de extrema pobreza, buscando el mejoramiento de las condiciones de vida y su integración social. (MIDES, s.f.)

En Uruguay, el Sistema de Cuidados está regulado por la ley n.º 19.353 (Uruguay, 2015) y es entendido como el conjunto de acciones que buscan el desarrollo integral, la autonomía y el bienestar de la población en situación de dependencia. Además, implica la promoción de la autonomía personal, la atención y la asistencia a estas personas.

La presencia del Gobierno de izquierda sumado a la creación del MIDES trajo consigo rápidas mejoras en el patrón redistributivo, a través de un plan de atención a la pobreza e indigencia, para mitigar el deterioro social acumulado (Antía et al, 2013).

Esta fuerte intervención y presencia estatal permitió seguir adelante con la implementación de las políticas de protección y bienestar nacional. En materia sanitaria se pone en marcha en el año 2007 la construcción de un SNIS (Uruguay, 2007), con el objetivo de incorporar escalonadamente parte de la población al sistema formal de cobertura asistencial integral, enfatizando la atención primaria y la prevención en salud (Antia et al, 2013).

La OPS (2005) define un Sistema de Salud basado en la atención primaria de salud (APS) como “un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura

universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad” (OPS, 2005, p. 2).

Como instrumento para tal fin, a través de la ley n.º 18.131 (Uruguay, 2007a), se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), quien financia el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado. Esto lleva a la competencia entre las IAMC, IAMPP y ASSE para alcanzar mayor cantidad de afiliados.

Lo más significativo fue la incorporación al sistema de los menores de 18 años –o mayores con discapacidad– que no tenían cobertura y que, en ese momento, por el aporte de sus padres, adquirieron el derecho.

La siguiente tabla muestra la evolución e inclusión de personas de distintos colectivos al SNIS como consecuencia de la implementación de la política pública universal y de la mayor solidaridad en el financiamiento.

Año	CASMU
2007	78.953
2008	120.708
2024	157.630

Elaboración propia con los datos del SINADI⁷ (MSP, 2024a)

Los datos arrojados por el censo nacional 2023 (Instituto Nacional de Estadística, 2023) manifiestan que la población del país asciende a 3.444.263 habitantes, por lo que queda en evidencia la importancia y el alcance de la reforma de la salud en Uruguay en cuanto a la cobertura de las personas. Esto no quiere decir que se solucionaron los problemas de desigualdad en la población, estos subsisten a pesar de los logros del SNIS. Actualmente se está transitando un contexto pospandemia de COVID-19 con consecuencias severas de pobreza y vulnerabilidad de derechos; aproximadamente 100.000 usuarios han dejado el mutualismo privado y vuelto a ASSE con el objetivo de no abonar los costos de consulta, tratamiento y medicamentos.

⁷ El Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública fue creado en 2007 por la ley n.º 18.211 (Uruguay, 2007b). Según lo establecido por la ley 18.719 (Uruguay, 2011), el SINADI recibe la información de todas las instituciones que prestan asistencia médica en el país,

8.3. *El CASMU a través del tiempo*

Pensamiento y acción, idealismo y realidad, moral y economía, ciencia y profesión (...) ¿Hasta dónde llegaremos? No llegaremos nunca porque llegar es detenerse, es morir. Nosotros estaremos siempre en movimiento, porque siempre tendremos un ideal aún no alcanzado, un hecho a crear, nuevas ideas para transformar en realidades.

Carlos Maria Fosalba

Una revisión histórica sobre la trayectoria del CASMU –a través de los documentos del Dr. Avellanal (1996)– indica que sus inicios se remontan al año 1882, cuando se gradúa la primera generación de médicos en Uruguay, donde los egresados tenían una orientación profesionalista para la época, además de que los estudiantes manifestaban sus inquietudes sociales e ideales a defender. Comienza el siglo XX –período de Gobierno batllista– con conquistas de derechos en el campo social y de las relaciones laborales, entre la que se encuentra la jornada de ocho horas para los trabajadores.

En ese momento existía influencia del pensamiento socialista, que fue forjando un ambiente sindical en varios sectores de la sociedad uruguaya. En ese clima efervescente se aprueba en 1908 la Ley Orgánica de la Universidad, que estipulaba la representación estudiantil en los Consejos de las Facultades y. por consiguiente, surge en 1915 la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM), con un rol importante en el pensamiento y conciencia gremial médica que persistió durante décadas.

Con dicha antesala, inicia actividades el 11 de agosto de 1920 el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), con el Dr. Augusto Turenne como primer presidente. Los médicos agremiados y dedicados a la militancia invitaron a participar del colectivo a los 1.125 médicos del país, y sentaron las bases de la organización sindical para que en 1931 el delegado estudiantil Carlos María Fosalba propusiera la creación de un centro asistencial dentro del SMU. Este planteo no tuvo apoyo, hasta que tres años después vuelve a manifestarlo –en otro contexto– como doctor integrante del prestigioso grupo sindicalista. Además, en el año 1929, el crac provocado por la caída de la Bolsa en Estados Unidos no demoró en llegar al país con consecuencias en diferentes sectores de la población afectados por la crisis económica, política y social, repercutiendo en el modelo sanitario tradicional, por lo que parte de la población optó por el mutualismo.

De esta manera se da el proceso fundacional del CASMU: “En la Asamblea realizada el día 23 de noviembre de 1934 fue aprobado totalmente el ante-proyecto del Centro de Asistencia adscripto al Sindicato Médico del Uruguay” (Acción sindical, 1934, citado en SMU, s.f.).

El 1º de julio de 1935 comienza oficialmente la actividad el Centro de Asistencia como instrumento social de asistencia hacia la población vulnerable “los ricos por su posición económica no necesitan de la solidaridad social” (Avellanal, 1996, 3ª entrega, p. 14). Los estatutos (CASMU, 2015) reflejan los valores y objetivos de la institución, el artículo 4 establece:

La institución tendrá por objeto la cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial incluirá la aplicación de medicina preventiva y curativa, ginecología, cirugía y pediatría, como asimismo sus especialidades complementarias, especialmente, las ramas de odontología, obstetricia y asistencia farmacéutica (...) Para el cumplimiento de su objeto la institución podrá llevar a cabo todas las actividades que resulten necesarias o convenientes a tal fin. Con el desarrollo de su objeto la institución no perseguirá fin de lucro. (Estatutos CASMU, 2015)

En defensa de la actividad privada y sobre la base de la orientación social se limita por décadas el ingreso de personas de clase alta a la institución hasta que se modifica la realidad económica y social del país nuevamente en los años cincuenta. El centro asistencial fijó una cuota por encima del promedio, conjuntamente con la condición de que el 33 % de los ingresos iba destinada para salarios de los médicos.

A 20 años de su creación se convierte en la institucional de asistencia médica con mayor número de afiliados. Pero su importancia trasciende lo numérico ya que su creación marca un antes y un después en lo referente al nivel y la calidad de las prestaciones asistenciales de toda la medicina colectiva.(CASMU, sin fecha)

La crisis económica cerca de los años sesenta, más la precarización social, trajo consigo el deterioro de los salarios, convirtiéndose así en un complejo escenario para enfrentar al gobierno de facto de 1975. La finalidad social y la concepción ideológica gremial entre sus socios permitió resistir las intervenciones de la dictadura cívico-militar que se impuso a la institución hasta el año 1978, y en el país hasta el año 1985 (Avellanal, 1996, 1ª entrega).

El retorno a la democracia encuentra al CASMU con una importante deuda acumulada con la industria farmacéutica, donde luego de negociaciones, acuerdan convenio de pago, y posteriormente retoman su lugar las autoridades *naturales* de la institución médica.

El Sindicato necesita más actores y menos espectadores. Que cada uno tenga el sentido de su responsabilidad, de su deber y de sus derechos. (Folsalva, 1936, citado en SMU, s.f.))⁸

Para Turnes (2008), en la mencionada institución médica se estableció tempranamente una política de atención médica y además se definió una estructura de servicios y de administración. Las interrelaciones sindicales en conjunto con el poder –y respeto del gremio médico– siguieron siendo la principal fortaleza del CASMU.

Los estatutos y forma de mando de la institución permanecieron vigentes durante décadas; período tras período se renovaron las autoridades con el fin de optimizar la asistencia a los usuarios con los recursos existentes y de lograr la estabilidad de la IAMPP en el sistema de salud, cosa que no logran hasta hoy.

Mediante asamblea del SMU del 5 de marzo de 2009, y a causa de una profunda crisis institucional que preocupaba a sus integrantes por la posibilidad de la desaparición del gremio y su Centro de Asistencia, se aprobó la separación del SMU y el CASMU, apareciendo la figura CASMU-IAMPP. Tomar el desafío de “reconstruir su identidad” implicó el cambio de un histórico paradigma, en el que la interrelación entre las actividades gremiales y la práctica profesional era de cercanía (SMU, 2019).

Posteriormente, el 29 de julio del año 2015, mediante asamblea general extraordinaria de accionistas de CASMU, en tercera convocatoria, se aprobó la reforma del sistema electoral y de los estatutos. El artículo 24, en su apartado 1 expresa:

Cada 3 (tres) años, en la segunda quincena de agosto, el Consejo Directivo convocará a elecciones que se realizarán en la segunda quincena de setiembre, para la renovación total de la integración del Consejo Directivo y la Comisión fiscal y la designación de los miembros de la Asamblea de Delegados. (CASMU, 2015, s.p.)

⁸ Discurso del Presidente en el primer aniversario del Centro asistencial.

8.4. Sistema de Cuidados CASMU

Los viejos del Uruguay son los mismos viejos de cualquier otro lugar, entonces las intervenciones que hay que hacer con ellos son intervenciones que el mundo demostró que hay que hacer, esto es una punta de lanza de un modelo de atención en geriatría que debería replicarse en este país, y más sabiendo las características de la población.

(Entrevista 1, 2024)

El apartado sobre políticas públicas pone en evidencia la necesidad de visualizar en dónde deben estar presentes y en qué orden de prioridades. Es por esto que la creación de un Sistema de Cuidados en la salud privada trae luz a una parte de la población objeto de estudio. Si el CASMU cuenta con casi 50.000 afiliados mayores de 65 años, significa que un porcentaje relevante de viejos y viejas del país están siendo cuidados por un equipo especializado en los momentos que padecen de una fractura de cadera. Esta realidad pasa a ser referenciada por la Ts del equipo, quien indica;

Considero que se está haciendo un gran trabajo, que siempre hay aspectos para mejorar, pero que principalmente tiene que ver con la gran demanda y los recursos humanos que son limitados. Sería fundamental que se pueda difundir el trabajo que se realiza porque con las características de la población en Uruguay es un modelo que podría replicarse en la atención en salud. (Entrevista 2, 2024)

Los cambios en el modelo de atención que propuso la reforma sobre el SNIS orientaron a las políticas de salud hacia la construcción de un modelo biológico-psico-social integral y participativo, en el que la persona tiene incidencia en su salud y se prioriza la dimensión preventiva de esta. A la vez, se fomenta el trabajo con equipos interdisciplinarios en los que cada disciplina aporta desde su especialidad y se establece un diálogo entre saberes, que constituye la forma de trabajo óptima para la persona implicada. “Cada disciplina aporta lo acorde a su fin, cuando las mismas se unen crean un proyecto conjunto. Nos encontramos frente a una unión de saberes” (Madeiro, 2013, p. 14).

Además, interesa visualizar que el CASMU concentra un porcentaje importante de socios FONASA en lo que refiere a la población específica del presente documento, personas

mayores de 65 años, que están discriminadas por sexo en el siguiente cuadro, que refleja cuántos son los usuarios de CASMU beneficiarios del SDCC a diciembre 2023.

Sexo	FONASA	No FONASA	Total
Hombres	18.156	811	18.967
Mujeres	28.779	1.098	29.877
	46.935	1.909	48.844

Elaboración propia con datos del SINADI (MSP, 2024b)

En entrevista realizada a una familia socia de CASMU, donde en 2018 un hombre de 76 años fue operado de cadera como paciente presistema. Unos años más tarde, su esposa de 78 años también se quiebra la cadera, ya existiendo y funcionando el SDCC. Su hija, principal acompañante y referente manifiesta la diferencia de las dos intervenciones.

Una asistente social de CASMU me recomendó contactar con el grupo de cuidados de adulto debido a que yo estaba desbordada, mamá se había caído y estaba muy asustada, me comuniqué con una nurse del equipo que fue muy humana y ahí ella coordinó con el geriatra. No tuve que pelear más. Nada que ver con lo que pasó con papá, estaba tan perdida que no sabía qué hacer. (Entrevista 5, 2024)

La diferencia consiste en la implementación del sistema de atención integral, con presencia y seguimiento del equipo interdisciplinario. La figura del Ts aportando desde su perspectiva, diferente y complementaria a la vez, de la de los médicos y de la del personal de enfermería.

El TS aporta una mirada que hace posible tener ese abordaje integral, complementando la atención médica. Acercándose al contexto socio familiar que tiene la persona mayor, identificando fortalezas o vulnerabilidades sociales, con la finalidad de intervenir con el usuario y los referentes que serán parte del proceso de recuperación, de los cuidados en domicilio, lo que permite prevenir nuevos ingresos sanatoriales, lo cual afecta mucho a la persona mayor. La intervención interdisciplinaria acertada permite la prevención secundaria. (Entrevista 2, 2024)

8.5. *Conceptualización de la profesión de TS.*

Parece pertinente comenzar presentando a la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), que nuclea organizaciones de TS de los distintos países del mundo y cuenta con 68 años de existencia. En su reunión general efectuada en junio de 2014, la FITS aprueba la definición de la profesión de TS.

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio social y el desarrollo, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por teorías del trabajo social, ciencias sociales, humanidades y conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar. (FITS, 2014, s. p.)

A su vez, a nivel nacional, el 6 de setiembre de 2019, se aprueba la ley n.º 19.778 que reglamenta el ejercicio de la profesión de TS en Uruguay y que en su artículo 3 expresa que

El Trabajo Social es una profesión universitaria basada en una práctica y disciplina del campo de las Ciencias Sociales. Promueve la dignidad y el desarrollo humano, la participación y el acceso real a los derechos y bienes sociales, materiales y culturales producidos socialmente sin discriminación basada en género, edad, orientación sexual, origen étnico-racial o socio-económico, filiación religiosa o política, discapacidad, ni de ninguna otra índole. (Uruguay, 2019)

La organización gremial que reúne a los profesionales de TS y de Servicio Social del Uruguay se denomina Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU), fundada en 1981, con estatutos, autoridades y comisiones renovables cada dos años.

Para ADASU (2015), pertenecer a un colectivo profesional organizado permite trabajar en pro de la protección y defensa de los derechos como profesionales y trabajadores/as en la búsqueda de un mayor respaldo para el ejercicio de la profesión, que genere garantías a los ciudadanos/as con los que se trabaja cotidianamente.

Además, el colectivo asume un compromiso ético-político con la profesión y la sociedad plasmado en un documento de elaboración colectiva en el año 1998, llamado Código

de Ética Profesional del Servicio Social y/o Trabajo Social en el Uruguay (ADASU, 2000).
Dicho código

pretende ser un resultado, tanto del análisis teórico sobre la temática, como de la revisión y análisis de distintos instrumentos similares a nivel nacional, regional y mundial, así como de la recepción y traducción de distintas inquietudes, preocupaciones y nuevos desafíos que han sido planteados por los Asistentes Sociales y/o Licenciados en Trabajo Social de nuestro país.
(ADASU, 2000, p.3)

De esta manera se presentó la regulación y respaldo que contiene la profesión y a los profesionales de TS en la actualidad en Uruguay. Esta regulación es la suma de esfuerzo, dedicación y compromiso de los profesionales que han pasado a través de los años y dejaron su experiencia para el presente y las futuras generaciones. El observar el Código recuerda los principios fundamentales que contiene y que se encuentran presentes en cada intervención social basados en los valores de libertad, justicia social, igualdad, solidaridad y participación.

8.6 *Análisis de las entrevistas desde el TS*

Se puede observar al campo de actuación e intervención del TS con las distintas transformaciones y manifestaciones de la cuestión social en el –cada vez más ampliado– modo de producción capitalista. Las nuevas problemáticas, tecnologías inteligentes en conjunto con la economía global actual permiten ir abriendo un abanico de posibilidades y dimensiones a descubrir en la práctica profesional.

Nosotras profesionalmente volcamos todo, después está en la familia y en el paciente qué decisiones toman, creo que nuestro rol es brindar toda la información, ver dónde podemos fortalecer y pensar las estrategias de cómo podemos orientar, después las personas son quienes deciden, es la vida de cada uno. (Entrevista 4, 2024)

Yazbek (2019) sostiene que la crisis estructural del capital con sus consecuencias en todos los ámbitos de la vida socioeconómica, política y cultural conllevan a un proceso en el que se generan otras crisis, una nueva política y una sociabilidad conservadora. Con los cambios de Gobierno se dan cambios de ideologías y con ellos diferentes directivas referentes a las políticas partidarias, más específicamente, marcan el destino y la población objetivo de las políticas sociales.

En este período no hay ningún plan de gobierno dirigido a personas mayores, en ninguno de los partidos políticos, hay que dejar pasar 5 años y para las próximas elecciones ya no va a ser opción, va a ser una obligación plantear estrategias. (Entrevista 1, 2024)

Es por esta razón que la autora sostiene que el Servicio Social desarrolla su intervención y cumple los objetivos que se le atribuyen más allá de su voluntad e intencionalidad. El Ts no se configura como un profesional autónomo en el ejercicio de sus actividades, ya que no decide –aun contando con las condiciones materiales, organizativas y técnicas para el desempeño de su trabajo–, sugiere, propone el abanico de opciones. Sin embargo, esto no significa que la profesión no tenga una autonomía relativa y una dirección basada en la dimensión ética política que la atraviesa. Es en esta dimensión en la que se cree y se trabaja día a día para la construcción de otro orden social con mejores posibilidades para los que más lo necesitan.

El ver al paciente en el sanatorio y luego ir al domicilio te da la experiencia y los posibles pasos a seguir. La importancia de hasta dónde podemos llegar, hasta dónde podemos hacer, el límite lo pone la gente, aunque nos parezca de una manera, o ideal para ellos, estamos limitadas. (Entrevista 4, 2024)

En otras palabras, se hace referencia a la función social que convoca a la profesión en la actualidad. La presencia de Ts en los equipos interdisciplinarios contiene y da participación a los sujetos, habilitando la toma de sus propias decisiones. Esa participación fue surgiendo de a poco en la institución, previo al SDCC

había tres Ts y dependían de personas diferentes. No había –hasta hoy no hay– un departamento de TS (...) actualmente somos siete con un llamado en proceso para que entren dos más. Todas dependen del SDCC y las distribuimos según las demandas. (Entrevista 4, 2024)

La historia de la profesión en el CASMU muestra que las intervenciones, además de tener poco alcance, se realizaban en sanatorio, no así en domicilios. Con la llegada del SDCC se implementa el seguimiento necesario de las personas ya que

el alcance en territorio me parece muy importante cuando hay que tener seguimiento con una situación compleja se hace un seguimiento en domicilio, eso también o sea contempla, no solo la parte de la persona dentro una institución de salud sino la persona en su cotidianidad, en tu

entorno, en su hogar, como se maneja justamente en esto de si es posible sostener esos cuidados, es realmente crear conciencia en la persona de otra forma. (Entrevista 3, 2024)

En el relato de las Ts surge la presencia de situaciones complejas de personas mayores en forma continua, lo que requiere la planificación y organización de los recursos de la institución médica en relación con la satisfacción de las necesidades de los usuarios. “Considero que se está haciendo un gran trabajo, que siempre hay aspectos para mejorar, pero que principalmente tiene que ver con la gran demanda y los recursos humanos que son limitados” (entrevista 2, 2024).

Es apropiado destacar, como aparece reiteradamente en las entrevistas, la importancia del trabajo interdisciplinario que realizan los técnicos con las personas usuarias del SDCC. Se considera que el valor humano presente en cada intervención tiene un plus significativo en los resultados positivos (*números de peso en el mundo*, en palabras del Director).

Al continuar profundizando con la información obtenida, aparece la categoría género plasmada de la siguiente manera: en un grupo de trabajo de 19 personas, 17 son mujeres y dos son hombres (geriatras), lo que reconfirma la feminización de la profesión del TS y de las profesiones vinculadas a la temática. Se visibiliza entonces otra tendencia interesante y es que con el llamado laboral pendiente, el grupo quedaría con nueve geriatras y nueve Ts, donde podría confrontarse con la visión higienista de la profesión para la cual “la historia del TS arranca subordinada a la medicina, habla de cómo nos fuimos construyendo nosotras y cómo fue cambiando ese rol, cambió muchísimo y nos queda un camino por recorrer sin duda” (entrevista 4, 2024).

Pensar la profesión en el área de la salud incidiendo en el proceso de la persona es más amplio que proporcionar cuidados en la enfermedad, implica trascender las barreras de la medicina tradicional para entrar en el nuevo paradigma de los sistemas de salud al que se refiere el Director y que las organizaciones como la OPS (2008) establecieron que comprenden los recursos y mecanismos que una sociedad utiliza para la protección y el bienestar de la salud de las personas.

Hay una policlínica de TS junto a Geriátría, logramos asociarnos en dupla, nos acostumbramos a trabajar en conjunto, te apoyas en el otro. Aprendemos una disciplina de la otra, te ayuda a una visión más amplia, en la misma línea, en el mismo sentido, vamos los dos evacuando las dudas, aprendiendo un montón y evitamos un montón de costos. (Entrevista 4, 2024)

En referencia al tema el ejercicio profesional del TS, para Sánchez (2015), en el campo de la salud, presenta al menos dos características importantes. La primera es la perspectiva teórica metodológica con la que cada Ts construye su especificidad profesional, y la segunda abarca la concepción de salud con la que se va a abordar la problemática a intervenir. Para esto, pensar desde esa especificidad particular implica comprender los aspectos que contiene el saber especializado, y desde allí revalorizar el acto asistencial enmarcado por las fronteras de la disciplina en la atención socio-sanitaria.

El TS es una profesión que interviene en una realidad concreta, en la cual conviven la urgencia de las demandas sociales con el funcionamiento propio institucional, lo que configura un escenario contradictorio –y a la vez complejo– frente a las necesarias respuestas profesionales. El SDCC presta atención integral a un número importante de usuarios a la vez, por lo cual la profesionalidad, interrelación y comunicación entre los miembros del equipo se vuelve imprescindible para brindar la atención y el seguimiento adecuados.

Geriatría, enfermería y TS es para ver todo, es empezar a poner la casa en orden, vemos a la persona como un todo y no por partes y sobre todo tomar en cuenta lo social, ¿lo puede pagar?, ¿sabe cómo tomar la medicación? estar atentas a esos detalles, en realidad ayuda a tener una visión más amplia. (Entrevista 4, 2024)

Por otra parte, es importante reflexionar sobre la forma en la que se nombra a una persona en el sistema de salud. Para Cazzaniga (2020), la forma de nombrar tiene íntima relación con la concepción que se posee del sujeto, es decir que se ponen en juego perspectivas teóricas, políticas y éticas. De esta apreciación depende la forma en la que se lleve a cabo la intervención profesional. Se observa la utilización del término “paciente” para referirse a las personas que están a la espera de una interconsulta, sin embargo, este término denota que la persona es pasiva con respecto a su intervención, encontrándose en desventaja dentro de la relación de poder existente entre el profesional y el sujeto de derecho.

En el transcurso de las entrevistas fueron apareciendo diferentes formas de nombrar a los sujetos que son asistidos por el SDCC, para los doctores en geriatría y personal de enfermería el término paciente se encuentra instalado y aceptado en la terminología médica “Cada paciente con su entorno y sus vínculos es único” (entrevista 1, 2024).

Mientras las profesionales de TS denotan más amplitud en las formas de nombrar, aparece el término *persona*, “nosotros vamos hacia las personas, hablamos con ellas, tenemos

entrevistas, no sé, es como todo se adecua a cada situación en particular y están dadas las condiciones para poder hacerlo” (entrevista 3, 2024).

De la misma forma, aparece ahora el término *usuario*.

Nosotras estamos de un lugar de afuera, donde no tenemos involucrados sentimientos, podemos ser objetivas, podemos ver las situaciones de forma diferente, la familia, referentes, amigos y el usuario son quienes lo viven, es más difícil tener esa visión objetiva y no todos tienen el conocimiento de cómo funcionan las organizaciones. (Entrevista 4, 2024)

En las entrevistas aparecen también referencias a la forma de nombrar: “aproximadamente un 27% de los socios de CASMU son adultos mayores de 65 años (...) la tendencia es que predominan los viejos, no hay niños” (entrevista 1, 2024).

Un tema que ocupa las jornadas de trabajo en el SDCC es el alta médica de los usuarios y usuarias. Por ese motivo es que se planifica en conjunto con la familia ese retorno al domicilio con los cuidados requeridos; el problema se presenta cuando no existe a dónde volver o referentes familiares que apoyen ese movimiento del sanatorio al domicilio y ahí la Ts debe informar al juez.

Todos sabemos que no es un mito –es una realidad– que no es beneficioso que el paciente esté acá internado, está comprobado que cuantos más días se queda internado, más complicaciones, y en el adulto mayor es más todavía. Lo vivimos en el día a día. Lo dejas un día más y se te complica todo y puede pasar cualquier cosa hasta terminar en la muerte. (Entrevista 4, 2024)

9. Reflexiones finales

Como forma de cierre de esta monografía se exponen los principales hallazgos en concordancia con los objetivos que se plasmaron al comienzo de la investigación.

Se plantea la importancia de la inserción del TS en los sistemas de salud y en particular en el SDCC desde la perspectiva de los derechos humanos. A su vez, con presencia del enfoque interdisciplinario catalogado por sus técnicos como imprescindible para visualizar a la persona vieja como un ser bio-psico-social. Ese trabajo interdisciplinario convoca a compartir el conocimiento y la experiencia al servicio de un propósito en común, como lo es el bienestar de la persona que está transitando la vivencia.

El primer objetivo fue conocer el funcionamiento del SDCC como área especializada dentro del CASMU-IAMPP, que es el único modelo de atención en ortogeriatría en Uruguay,

integrado por un grupo interdisciplinario que comenzó con escasos recursos en todos los sentidos; hoy creció, siendo pionero, referente y enlace entre los diferentes niveles de atención.

De la misma forma es importante asentar que en una institución médica –como en todas las integrantes del sistema mutual– existen carencias y fortalezas, se considera que el SDCC cuenta con la ventaja de concentrar sus esfuerzos y recursos con el objetivo de fortalecer y volver a generar bienestar en los usuarios y usuarias, estando en conocimiento previo de que CASMU es una institución donde predominan los adultos mayores.

Si bien no fue parte de la monografía, al estar culminando esta etapa surge la noticia acerca de que CASMU recibió en Argentina un premio por su trayectoria como institución de salud de excelencia y por ser un modelo referente regional. El director del SDCC estuvo presente transmitiendo la importancia de que la medicina que se practica en el CASMU trascienda las fronteras; además la industria argentina de la salud toma contacto con esas evidencias y las premia (El País, 2024).

El segundo objetivo se refirió a visualizar el impacto del servicio en las vejeces que utilizan el SDCC, tomando el término vejeces –en plural– reconociendo las singularidades, ya que existen tantas personas como formas de vivir su trayectoria de vida. A su vez, se fue ampliando la perspectiva del envejecimiento, alejándose de algo estático para reconocerlo como un proceso histórico, dinámico y gradual que se encuentra “rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, de creencias y mitos” (Amico, 2009, p. 3).

Se considera relevante detenerse en la figura del médico especializado en geriatría como parte integrante del equipo del SDCC, cuya formación, experiencia y flexibilidad presentes en el intercambio con las personas mayores le permite atravesar las formas instituidas de la medicina ortodoxa para de esta manera poder ejecutar un trabajo en equipo.

Por consiguiente, en el tercer objetivo se planteó visualizar el lugar del TS en la labor especializada, dando cuenta de la red de intervenciones que se suceden en el proceso de cuidado de las personas mayores de 65 años con fractura de cadera. Durante la práctica preprofesional y en el desarrollo de esta investigación se pudo constatar la importancia de la actuación de la profesión durante el proceso de internación. A la vez, es necesaria su presencia durante los procesos de prevención en salud, en los que mediante alternativas de cuidado la persona pueda transitar su vejez de manera saludable.

El MSP reconoce a la salud como un componente de las políticas públicas que debe proteger y amparar a los ciudadanos, por lo cual se debe problematizar la vida y el cuidado humano de las vejeces a través de políticas ensambladas de sistemas de cuidados. Se suceden los años, los Gobiernos, y las poblaciones mayores se encuentran cada vez más expuestas al

impacto de las desigualdades en el continente; esas desigualdades les quitan el derecho universal a envejecer.

El objetivo de este documento fue presentar el SDCC en la actualidad como recurso sanitario integral para las personas mayores, con el que se pueda afrontar una fractura de cadera de la manera menos traumática. Asimismo, asentar la necesidad de contar con este tipo de sistema de apoyo y cuidados que permita apaciguar las *repercusiones en los cuerpos y corporalidades* del evento natural en la vida de todos y todas que es envejecer.

La vida cotidiana en las personas mayores se presenta con una amplia gama de colores, existen tantas formas de vejez como seres humanos. En tal sentido, los procesos propios, heredados y sociales llevan –en muchas ocasiones– a no poder vivir una vejez digna, sino por el contrario, se vive una vejez cargada de dolor e injusticias. La intención personal es poder trabajar colectivamente para que todos y todas podamos vivir vejez sagradas de la forma en que deseamos y morir con una sonrisa en el rostro.

10. Bibliografía

- Agostino, A. (2023). Prólogo. En Sande, S. y Mauros R. (Comp.). *Diálogos (im)perfectos/Vejeces y feminismos* (pp. 9-14).
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/43024/1/Dialogos%20imperfectos%20vejeces%20y%20feminismos.pdf>
- Aguilar, L. F. (2009). Marco para el análisis de las políticas públicas. *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación* (pp. 11-31).
http://guerrero.upn.mx/tlapameb/file.php/9/Marco_para_analisis_de_PP_Aguilar_.pdf
- Aguilar, P. L. (2019). Pensar el cuidado como problema social. En Guerrero G., Ramacciotti K. y Zangaro M. (Comp.). *Los derroteros del cuidado* (pp.19-30).
https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/1025/los_derroteros_del_cuidado.pdf#page=21
- Aguirre, R. (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. *Reunión de expertos “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”*. CEPAL, Universidad de la República (Montevideo, Uruguay).
https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf
- Alegre, P. y Filgueira F. (2009). Una reforma híbrida. La política social y laboral en Uruguay de 1985 a 2008. *Revista Internacional del Trabajo*. 128(3), 349-367.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención*. Espacio.
- Amico, L. (2009). Envejecer en el siglo XXI. No siempre querer es poder. Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Revista Margen*, edición n° 55 (Argentina).
- Antía, F. (2017). Regímenes de política social en América Latina: una revisión crítica de la literatura. *Desafíos*. 30(2), 193-235.
- Antía, F., Castillo, M., Fuentes, G. y Midaglia, C. (2013). “La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, n.º 22, pp. 171-193.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2013000200008&lng=es&tlng=es

- Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay. (2000). *Código de ética profesional del servicio social o trabajo social en el Uruguay*.
<https://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf>
- Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay. (2015). *Misión y visión*.
https://www.adasu.org/noticia.php?id_prod=607&id_cat=5&prod=MISION%20y%20VISION
- Avellanal, R. (1996). CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1974. 4.^a entrega. *Revista Intercambio*, año VI, n.º 57.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_a.pdf
- Avellanal, R. (1996). CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1974, 3^a. Entrega. *Revista Intercambio*, año VI, n.º 57.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_b.pdf
- Avellanal, R. (1996). El CASMU. Nacimiento de una institución histórica. 1^a entrega. *Revista Intercambio*, año VI, n.º 54.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_d.pdf
- Avellanal, R. (1996). Organismos mutuales de asistencia médica. *Revista Intercambio*, año VI, n.º 55. https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_c.pdf
- Bentura, C. (2011). *Salud y Trabajo Social ¿Un campo social envejecido?* Editorial Académica Española. Saarsbruchen.
- Bernardini, D. (2018). *Bienvenidos a la nueva longevidad*.
https://www.ted.com/talks/diego_bernardini_bienvenidos_a_la_nueva_longevidad
- Casmu fue premiada en la Argentina por su trayectoria en Salud con un prestigioso galardón. (2024, julio 28). *El País*. <https://www.elpais.com.uy/empresas/casmu-fue-premiado-en-argentina-por-su-trayectoria-en-salud-con-un-prestigioso-galardon>
- Cazzaniga, S. (2020). Acerca del otro (otra, otre) en trabajo social. Concepciones y problematizaciones. *Debate público*, 10(19), 8.
- Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay. (2015). *Estatuto*.
<https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2015/10/Acta-Asamblea-Ext.-29.07.15.pdf>

- Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay. (2023). *CasmuCerca*.
<https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2024/01/REVISTA-CASMU-CERCA-N%C2%BA-64-DICIEMBRE.pdf>
- Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay. (2024). *Sistema de Cuidados CASMU*.
<https://casmu.com.uy/sistema-de-cuidados-casmu/>
- Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay. (S.f.). *Nuestra historia*.
<https://casmu.com.uy/historia>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*.
<https://repositorio.cepal.org/entities/publication/ddc08951-1289-4e98-aae8-b5473fe6c3ef>
- De León, A. (2013). *El abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social: un estudio de caso en la Cátedra de Geriátría del Hospital de Clínicas*. (Tesis de grado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Dornell, T. (2017). Los vestigios del cuidado. *XVI Jornadas de Investigación: la excepcionalidad uruguaya en debate: ¿como el Uruguay no hay?* [en línea].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10742?mode=full>
- Dornell, T. (2023). Paisajes gerontológicos. En Sande, S. y Mauros R. (Comp.). *Diálogos (im)perfectos/Vejeces y feminismos* (pp. 49-90).
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/43024/1/Dialogos%20Imprefectos%20vejeces%20y%20feminismos.pdf>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). *Global Definition of Social Work*.
<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- García, M. (2019.). *La desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay: desafíos y realidades de una transición actual*. (Tesis de grado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Grassi, E. (2008). La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate post-neoliberal. En Ponce J. (editor), *Es posible pensar*

- una nueva política social para América Latina*. FLACSO, Ministerio de Cultura del Ecuador, Quito. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42123.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Censo 2023* <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes>
- Loncon, E. (2020). La importancia de los mayores en las culturas originarias y la vulneración acrecentada por la política monocultural de los estados. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2020/05/26/la-importancia-de-los-mayores-en-las-culturas-originarias-y-la-vulneracion-acrecentada-por-la-politica-monocultural-de-los-estados/>
- Ludi, M. del C. (2011). Envejecer en el actual contexto: Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra Paralela*, (8), 33-47.
- Madeiro Ramírez, S. (2013). *Trabajo social y salud: la importancia del abordaje interdisciplinario*. (Tesis de grado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Marshall, T. H. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza.
- Midaglia, C., Antía, F., Carneiro, F., Castillo, M., Fuentes, G., y Villegas Plá, B. (2017). *Orígenes del bienestar en Uruguay: explicando el universalismo estratificado*. Documento On Line n.º 01/17. <https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2019/08/Coaliciones-y-bienestar2.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (S.f.). *Cometidos*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/cometidos>
- Ministerio de Salud Pública. (2024a). Sistema Nacional de Información. *Población afiliada a las IAMC por tipo de afiliación 2012-2024*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>
- Ministerio de Salud Pública. (2024b). Sistema Nacional de Información. *Población afiliada a los seguros integrales por tipo de afiliación*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>
- Mosteiro, L. (2019). *El trabajo social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: estudio de caso en una Institución de Asistencia Médica Colectiva*. (Tesis de grado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

<https://www.imo.com.uy/bases/leyes-internacional/19430-2016>

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU*.

https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf

Organización Internacional del Trabajo - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). *Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. <https://www.ilo.org/es/publications/trabajo-y-familia-hacia-nuevas-formas-de-conciliacion-con-2>

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Caídas. Datos y cifras*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de la Salud*.

<https://www3.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-13-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-cuidados-largo-plazo-america-latina-caribe>

Polanyi, K. (1992). *La gran transformación: Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Russo, N. (2015). *El trabajo social en las instituciones de asistencia médica colectiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. (Tesis de grado). Departamento de

Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.

- Sánchez, S. (2015). La práctica del Trabajador Social en Salud: medicalización o reivindicación de derechos: El caso de siete hospitales públicos de la ciudad de La Plata. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48770>
- Sande, S. (2014). El cuidado en la vejez: una tipología de cuidador. *XIII Jornadas de Investigación. ¿Qué desarrollo para Uruguay?* Montevideo.
- Sande, S. (2015). Los modelos de atención a la vejez en Uruguay. En Paola, J. *Más mayores más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre la vejez*. Buenos Aires: Edulp.
- Sande, S. (2018). *La anticipación de la vejez en la mediana edad*. (Tesis de doctorado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005), *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina.
<https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>
- Scavino, S. (2024.). *Desigualdades en los cuidados de las vejeces en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana*. (Tesis de doctorado). Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Serra, J. A. y Sánchez, E. (2006). Ortogeriatría. En Serra, J. A. y Sánchez, E., *Tratado de Geriatría para residentes* (pp. 743-746). International Marketing & Communication, S.A.
- Sindicato Médico del Uruguay. (2019). *Se cumplieron 10 años de la separación del Sindicato Médico del Uruguay y CASMU*. <https://www.smu.org.uy/se-cumplieron-10-anos-de-la-separacion-del-sindicato-medico-del-uruguay-y-casmu/>
- Sindicato Médico del Uruguay. (S.f.) *Ensayo sobre el pensamiento del Dr. Carlos María Fosalba en las postrimerías del siglo XX*.
<https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/fosalba/el-sind.htm#La%20propuesta%20del%20Centro%20de%20Asistencia>
- Stake, R. E. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata, Madrid.

Stolkiner, A. (2003). *El concepto de la Salud de la OMS*.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf

Turnes, A. (2008). *El CASMU: pasado, presente y futuro*.

https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/instituciones/casmu_alt.pdf

Uruguay. (1967, febrero 02). *Constitución de la República*.

<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967/>

Uruguay. (2007a, mayo 18). *Ley n.º 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007>

Uruguay. (2007b, diciembre 05). *Ley n.º 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay. (2011, enero 05). *Ley n.º 18.719*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18719-2010/542>

Uruguay. (2015, noviembre 27). *Ley n.º 19.353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Uruguay. (2019, agosto 16). *Ley N° 19.778. Regulación del ejercicio de la profesión del trabajo social o servicio social*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19778-2019>

Valenzuela, L. (2016). *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, año 9, n.º 9, pp. 50-59. Uruguay

Yazbek, M. C., Degenszajn, R. R. y Paz, R. D. O. D. (2019). Desafios para o Serviço Social em tempo de avanços do conservadorismo. *Serviço Social & Sociedade*, (134), 7-12.

Anexo**Entrevistas desgrabadas**

<https://docs.google.com/document/d/1Dzy5in6CqxIRwXwl0BB4O4Hk51e2nEE3QGzOsH390MY/edit>