



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

El cuidado de viejos y viejas en Uruguay:
tensiones entre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y los
prestadores privados de salud

Candelaria García Bermúdez

Tutora: Sandra Sande Muletaber

Montevideo

2026

Índice:

Introducción.....	3
Presentación del tema.....	4
Fundamentación.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Diseño metodológico.....	7
Antecedentes:.....	9
Marco teórico:.....	10
Vejez como construcción sociohistórica.....	11
Envejecimiento como proceso biográfico, social y cultural.....	12
El cuidado humano como función social.....	12
El cuidado como derecho y la construcción del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.	
El Sistema de Cuidados de CASMU: caracterización institucional.....	18
1. El cuidado en la vejez como derecho: alcances y tensiones desde el SNIC.....	20
2. La fragmentación entre el sistema de cuidados y el sistema de salud: tensiones desde una lógica sanitarista.....	24
3.1. Cuidado en prestadores privados: el caso de CASMU.....	27
3.1.2 Organización y proceso de atención.....	28
3.1.3 Mercantilización del cuidado.....	30
4.Trabajo social en Sistema de Cuidados de CASMU.....	34
Reflexiones finales.....	38
Referencias.....	41

Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El tema central que orienta esta investigación es el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud, concebido como un proceso social complejo que involucra dimensiones políticas, económicas, éticas y profesionales.

El interés por esta problemática surge a partir de la práctica pre profesional desarrollada en el Proyecto Integral “Cuidado Humano, Derechos e Inclusión Social”, en el área de vejez y envejecimiento. En particular, la experiencia realizada en el Sistema de Cuidados de CASMU, dentro de la Unidad de Ortogeriatría, permitió una aproximación concreta a la organización del cuidado de personas mayores en un servicio de salud privado. Dicho espacio habilitó la reflexión sobre la relación entre el discurso del cuidado como derecho y las condiciones reales de acceso, calidad y sostenibilidad del mismo en el contexto uruguayo.

El trabajo no tiene como propósito realizar un estudio de caso, sino más bien analizar el cuidado en la vejez como derecho humano en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), tomando al CASMU como referente empírico que permite ejemplificar cómo se expresan, en la práctica, las tensiones que atraviesan al sistema de cuidados en el país. De esta manera, se busca aportar a la discusión sobre la vejez y los cuidados en Uruguay desde una perspectiva crítica del Trabajo Social.

Presentación del tema

La vejez es una etapa de la vida marcada por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que generan necesidades específicas en materia de atención y acompañamiento. En este sentido, los cuidados constituyen un eje central especialmente cuando se presentan situaciones de dependencia asociadas a enfermedades, accidentes o deterioro funcional.

En las últimas décadas, la cuestión del cuidado ha ganado visibilidad a nivel regional e internacional. El cuidado ya no se concibe únicamente como una responsabilidad familiar, sino como un derecho humano y una necesidad social que debe ser garantizada colectivamente. Este giro conceptual se expresa en normativas internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), que reconoce la obligación de los Estados de garantizar servicios de cuidado accesibles, integrales y de calidad.

En Uruguay, la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en 2015 supuso un avance significativo en el reconocimiento del cuidado como derecho. Sin embargo, la implementación de dicho sistema ha enfrentado dificultades relacionadas con la asignación de recursos, la falta de reglamentación plena y la limitada capacidad de regulación sobre la oferta privada. Como resultado, persisten tensiones entre la concepción del cuidado como derecho universal y las formas concretas en que se organiza su provisión, donde frecuentemente predominan criterios de mercado.

El ámbito de la salud constituye un terreno clave para analizar estas tensiones, ya que es allí donde el cuidado adquiere un carácter simultáneamente sanitario y social. En este escenario, el Sistema de Cuidados de CASMU aparece como un ejemplo ilustrativo. Su condición de institución privada de referencia nacional, organizada bajo lógicas empresariales, permite observar de manera clara cómo se articulan las nociones de cuidado como derecho y cuidado como servicio sujeto a regulaciones de tipo mercantil.

Para el Trabajo Social, reflexionar sobre estas dinámicas resulta indispensable, en tanto el ejercicio profesional se enfrenta a dilemas éticos y políticos relacionados con la defensa de derechos, la centralidad del sujeto y las posibilidades reales de incidencia en contextos institucionales de salud. Este trabajo busca entonces contribuir a ese debate, situando la vejez y el cuidado en el centro de la reflexión académica y profesional.

Fundamentación

La elección del tema se fundamenta tanto en motivaciones personales como académicas.

A nivel personal, el interés por esta temática surge en el marco del proceso de práctica pre- profesional realizado en el Proyecto Integral “Cuidado Humano, Derechos e Inclusión Social”, específicamente en el eje de vejez y envejecimiento. Durante el primer año de práctica, quien suscribe acompañó al grupo “Arañitas Tejedoras” de la cooperativa ubicada en el barrio Tres de Abril. En el segundo año, la experiencia se desarrolló en la unidad de ortogeriatría del Sistema de Cuidados de CASMU, una institución privada del sector salud. Es en este último espacio donde se sitúa el foco de la presente investigación, dado que la experiencia allí vivida interpeló especialmente a la estudiante, al permitirle analizar el Sistema de Cuidados desde una perspectiva crítica, con el objetivo de identificar los efectos de la mercantilización tanto en la atención brindada como en el ejercicio profesional del Trabajo Social.

La elección de este tema, entonces, se inscribe en una experiencia concreta de práctica profesional en el Sistema de Cuidados de CASMU. Esta instancia permitió una aproximación directa a las dinámicas institucionales que atraviesan la atención a personas mayores, especialmente aquellas que requieren cuidados prolongados o especializados.

En segundo lugar, desde lo académico, la temática de los cuidados ha cobrado un lugar relevante en la producción científica del Trabajo Social y de las ciencias sociales en general. Tal y como plantea Ludi (2014) es importante analizar a la vejez desde un enfoque estructural, que contemple los procesos de desigualdad, medicalización y privatización que inciden en el modo en que se envejece y se cuida en las sociedades contemporáneas. Del mismo modo, los debates sobre políticas públicas de cuidado en Uruguay han puesto en evidencia que, si bien se avanzó en el reconocimiento normativo del cuidado como derecho, su materialización efectiva enfrenta dificultades que limitan el alcance de este principio (p.208).

El cuidado en la vejez constituye entonces un campo problemático, donde se cruzan factores estructurales (desigualdades sociales, recursos estatales, lógicas de mercado), factores institucionales (organización de los servicios, cobertura, accesibilidad) y factores profesionales (márgenes de acción, dilemas éticos, estrategias de intervención). La reflexión

desde el Trabajo Social resulta especialmente pertinente, dado su compromiso ético-político con la justicia social y la defensa de derechos en contextos caracterizados por múltiples vulnerabilidades.

Por estas razones, el presente trabajo se propone analizar el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud, situando el ejemplo de CASMU en diálogo con las propuestas del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, con el fin de problematizar los desafíos que este campo plantea tanto para las personas mayores como para el ejercicio profesional del Trabajo Social.

Objetivo general

Reflexionar sobre el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud, identificando sus alcances, tensiones y desafíos, a partir del análisis del Sistema de Cuidados de CASMU en relación con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Objetivos específicos

1. Contextualizar el cuidado como derecho humano, a partir de marcos normativos y aportes teóricos relevantes.
2. Describir el diseño y las propuestas del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), identificando sus avances, limitaciones y contradicciones.
3. Analizar cómo se organizan los cuidados en el ámbito de la salud en Uruguay, considerando especialmente el papel del sector privado.
4. Describir el funcionamiento y organización del Sistema de Cuidados de CASMU como ejemplo institucional en la atención a personas mayores.

Diseño metodológico

En base a los aportes de Batthyány y Cabrera (2011), el diseño de esta investigación será de carácter exploratorio ya que la estrategia está orientada a obtener información sobre una temática poco abordada. En ese sentido se establece que dichos estudios “sirven para preparar el terreno (...) se caracterizan por ser más flexibles y amplios en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos” (Batthyány y Cabrera, 2011, p.33).

Si bien el tema de los cuidados ha cobrado mayor relevancia en los últimos años, especialmente a partir de los cambios demográficos y del reconocimiento del cuidado como derecho, se considera que aún existen escasos estudios que aborden las formas en que este se organiza y se experimenta cotidianamente en el ámbito de la salud. En particular, resulta pertinente profundizar en las prácticas y significados del cuidado en la vejez, así como en las experiencias y perspectivas de las y los profesionales del Trabajo Social que intervienen en este campo.

Desde esta perspectiva, el presente estudio busca aportar a la comprensión del cuidado en contextos institucionales, tomando como referencia tanto las orientaciones del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) como el funcionamiento del Sistema de Cuidados de CASMU. Esta articulación permite analizar las tensiones, desafíos y posibilidades que se presentan en la atención a personas mayores en el sector salud, considerando las particularidades del trabajo interdisciplinario y las dimensiones ético-políticas implicadas en el ejercicio profesional del Trabajo Social.

En este sentido el presente estudio adopta un enfoque cualitativo, con el propósito de analizar el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud, tomando como referente empírico el Sistema de Cuidados de CASMU, en el marco de las propuestas y tensiones del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay. Taylor y Bogdan (1987) definen la metodología cualitativa “como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1987, p.7).

Siguiendo esta línea, y con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se definió como primer paso la realización de una revisión bibliográfica que permitiera contextualizar teórica y conceptualmente la temática del cuidado en la vejez. Asimismo, se incorporó como técnica principal la entrevista, orientada a recuperar las percepciones y

experiencias de las personas referentes vinculadas tanto al Sistema de Cuidados de CASMU como al Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). En ese sentido se puede definir a

la entrevista cualitativa como una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; y) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado (Corbetta en Batthyány y Cabrera, 2011, p.89).

En el presente trabajo se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres referentes institucionales, dos pertenecientes al Sistema de Cuidados de CASMU y una al Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Las entrevistas incluyeron preguntas abiertas y flexibles, con el fin de propiciar un intercambio que permitiera profundizar en las percepciones, experiencias y valoraciones de las y los participantes acerca de la organización y el ejercicio del cuidado en el ámbito de la salud.

Este tipo de entrevista posibilita una mayor flexibilidad en el desarrollo del diálogo, permitiendo adaptar las preguntas al recorrido de cada entrevistada y favorecer una comprensión más profunda de sus experiencias laborales y profesionales. La escucha activa resultó fundamental para identificar los distintos sentidos atribuidos al cuidado y para establecer relaciones entre las dimensiones institucionales, las políticas públicas y las prácticas profesionales del Trabajo Social en estos espacios.

La guía de entrevistas se elaboró a partir de los objetivos de la investigación y de las categorías teóricas desarrolladas en el marco conceptual. Se estructuró en torno a tres grandes ejes temáticos: La organización y funcionamiento de los cuidados en el ámbito institucional, considerando las estrategias de atención y los criterios de acceso; La articulación entre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y el Sistema de Cuidados de CASMU, con énfasis en los desafíos y tensiones que implica la relación entre lo público y lo privado; El rol y las experiencias del Trabajo Social dentro de estos espacios, atendiendo a los aportes profesionales, los límites institucionales y las dimensiones ético-políticas del ejercicio profesional.

Estos ejes orientaron el diseño de las preguntas y permitieron mantener un hilo

conductor durante las entrevistas, sin perder la apertura necesaria para incorporar aspectos emergentes que las y los participantes consideran relevantes en torno al cuidado en la vejez y su desarrollo en el ámbito de la salud.

Antecedentes:

En la revisión de antecedentes realizada para el desarrollo de esta monografía, se identificaron algunos trabajos académicos que, aunque no abordan directamente la temática central, aportan elementos relevantes para la reflexión teórica y contextual sobre el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud.

Hasta el momento, no se han encontrado investigaciones que analicen de manera específica la experiencia del cuidado en la vejez en servicios de salud, ni estudios que profundicen en la perspectiva del Trabajo Social aplicada a este ámbito en Uruguay. Esta ausencia evidencia un vacío en la literatura que refuerza la relevancia y pertinencia del abordaje propuesto en este trabajo.

Sin embargo, se recuperan tres trabajos relevantes por su vinculación temática con el presente estudio. En primera instancia se presenta la tesis de la Licenciatura en Trabajo Social realizada por Andrea Trezza en el año 2025, titulada “Sistema de cuidados CASMU: Una mirada desde el Trabajo Social”, el objetivo principal de la monografía fue presentar y analizar el Sistema de Cuidados de CASMU como un recurso valioso para las personas mayores de 65 años socias de la institución y para el sistema de salud en general. La autora busca comprender cómo se organiza y funciona este sistema de cuidados, evaluando su eficacia y relevancia desde el enfoque del Trabajo Social.

En segundo lugar, la tesis realizada por Florencia Ramallo (2025), titulada “Personas mayores cuidando vejez dependientes: repercusiones en la vida cotidiana”, analiza las experiencias de personas mayores que asumen tareas de cuidado hacia otras personas dependientes, evidenciando el impacto físico, emocional y social que esta responsabilidad conlleva, particularmente en las mujeres. Sus hallazgos dialogan directamente con el presente trabajo, en tanto permiten comprender las consecuencias concretas que adquiere la insuficiencia o fragmentación de los apoyos institucionales. En este sentido, mientras Ramallo profundiza en las repercusiones subjetivas y cotidianas del cuidado familiarizado, esta investigación aporta una mirada complementaria al analizar cómo los dispositivos

institucionales de cuidado en el ámbito de la salud como el Sistema de Cuidados de CASMU pueden aliviar, reorganizar o, en ocasiones, reproducir dichas cargas. De este modo, ambos trabajos se articulan en la problematización de la feminización del cuidado y en la necesidad de fortalecer políticas y estrategias institucionales que efectivamente redistribuyan esta responsabilidad.

Por otro lado, la tesis de Micaela Peña (2023), titulada “Vejez, biopolítica y mercado: discursos y prácticas sobre los cuerpos envejecidos”, analiza críticamente cómo el discurso biomédico y la lógica capitalista configuran un ideal de vejez activa y productiva que opera como forma de regulación y control sobre los cuerpos envejecidos. Si bien su investigación no se centra específicamente en el sistema de cuidados ni en dispositivos institucionales de salud privada, sus aportes conceptuales resultan fundamentales para este trabajo. En particular, su análisis sobre la mercantilización de la vejez a través de prácticas como la polifarmacia o la institucionalización permite profundizar la reflexión desarrollada en esta tesis acerca de cómo las lógicas de mercado atraviesan también la organización del cuidado en el ámbito sanitario. De este modo, la presente investigación retoma su perspectiva crítica para problematizar las racionalidades que inciden en la configuración institucional del cuidado en la vejez.

Marco teórico:

El presente marco teórico tiene como objetivo delimitar las principales categorías analíticas que orientan el análisis del cuidado en la vejez y de las prácticas institucionales vinculadas. Desde una perspectiva crítica del Trabajo Social, se parte de comprender la vejez y el envejecimiento como construcciones socio históricas, atravesadas por relaciones de poder, desigualdades y formas específicas de organización social del cuidado.

Asimismo, se aborda el cuidado humano como una función social históricamente invisibilizada, cuya provisión ha recaído de manera desigual en las familias, el mercado y el Estado. En este marco, se analiza el surgimiento del Sistema Nacional Integrado de Cuidados como política pública orientada a reconocer el cuidado como un derecho.

Finalmente, el marco teórico–conceptual incluye la caracterización del Sistema de Cuidados de CASMU como experiencia institucional situada en el ámbito de la salud privada, con el objetivo de delimitar su origen, funcionamiento y alcance.

Vejez como construcción sociohistórica

En lo que respecta a la vejez, Sánchez (2005) explica en el texto Gerontología social que “la vejez es un hecho biológico y una construcción social. Durante este período en el ciclo de la vida de la persona se producen numerosos cambios, independientemente de la declinación física” (p. 37). Estos cambios para la autora son en parte influenciados por el entorno social y cultural en el que vive la persona. La sociedad asigna roles específicos a este grupo poblacional, atribuyéndole características particulares en sus representaciones y otorgándole o negándole espacios sociales. En otras palabras, la vejez es un hecho biológico porque es independiente a la persona dado que es un periodo que forma parte del ciclo de vida, pero, además, es una construcción social porque es ésta quien decide qué lugar y espacio para la participación le otorga en la sociedad a dichas personas. En ese sentido se puede afirmar que “la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos (Alvarado & Salazar, 2014, p.59). Según establecen los autores la misma comprende una etapa de la vida en la cual los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes (p.59). Ludi (2012) plantea que la vejez puede analizarse desde dos perspectivas. Una de ellas la entiende como una construcción socio-cultural, es decir, como un fenómeno que se configura socialmente y que implica determinadas significaciones e impactos. La otra dimensión refiere a la vejez como parte del proceso de envejecimiento y como una etapa específica dentro del ciclo vital (p.2).

En ese sentido Dornell (2019) plantea que la vejez está atravesada por un imaginario social cargado de ideas y supuestos previos que influyen en las prácticas cotidianas. Estas preconcepciones se reproducen y consolidan en la sociedad a través de los procesos de culturación, endoculturación y aculturación, configurando determinadas representaciones sociales sobre esta etapa de la vida. La manera en que cada persona percibe y transita la vejez está vinculada con las construcciones que ha elaborado a lo largo de su trayectoria vital. Por eso, pueden observarse diversas formas de afrontar y situarse frente a esta etapa. Estas construcciones no solo inciden en la mirada social sobre la vejez, sino también en la disposición de cada individuo a aceptar o resistir los cambios propios del envejecimiento. Si se la concibe de forma negativa, es probable que genere rechazo o dificultades; en cambio, una visión más naturalizada permite asumir sus transformaciones como parte del proceso vital (p.12).

Envejecimiento como proceso biográfico, social y cultural

En lo que respecta a la categoría envejecimiento, desde un punto de vista biológico “es el resultado de la acumulación de (...) daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales (...) estos cambios no son lineales ni uniformes” (Organización Mundial de la Salud, 2024). Por lo tanto, se entiende como un proceso fisiológico que se da a lo largo de la vida, comenzando desde la concepción generando cambios durante todo el ciclo de la vida. Dornell (2015) establece que la vejez y el envejecimiento son construcciones socioculturales que reflejan momentos socio-históricos específicos y responden a la singularidad de cada persona.

el envejecer es un cambio de estado, es mutar a través del paso del tiempo, es así que el envejecimiento es el proceso de un estado que es la vejez y es un trayecto biográfico sociocultural, que va más allá de la biología humana (p.8).

De forma similar Paola et al (2019) establecen que envejecer es un proceso en el cual se deberá entender la percepción personal e individual de cada persona dado que este no se da de la misma manera en todas (p. 118). Por ello, resulta fundamental distinguir entre los conceptos de vejez y envejecimiento. La vejez alude a una etapa o condición de la vida, mientras que el envejecimiento se entiende como un proceso continuo, de carácter biográfico, social y cultural, que va más allá de lo meramente biológico y refleja la diversidad de trayectorias vitales.

El cuidado humano como función social

Se entiende como una forma de estructurar la vida social, en base a los aportes de Dornell, et al. (2014) se establece que el cuidado humano es considerado como “(...) una función social que involucra tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a personas dependientes” (p.4). Así mismo, la distribución de este ha asumido diferentes formas según el momento socio histórico. Donde los encargados de promover y atender los temas del Cuidado Humano han sido la familia, el mercado y el Estado. Haciendo referencia a la familia, como explican las autoras, se considera a ésta como la primera encargada de reproducir el Cuidado Humano, en particular, haciéndose cargo no de modo formal, sino por medio de un vínculo de responsabilidad para con los integrantes de la familia que sean dependientes. En consonancia con esto, el cuidado por parte de la familia

históricamente ha estado centrado en la mujer, lo cual genera que esta esté a cargo de las tareas reproductivas, en tanto, ama de casa, madre y esposa, generando entonces que los cuidados sean una tarea feminizada (p.4). Esta idea se traspa y se reproduce en el cuidado humano en el mercado ya que la mayor parte de las empleadas son mujeres, así mismo, se considera que, según el capital económico con el que disponga la familia, será la calidad de servicio que esta podrá recibir, entendiendo que la responsabilidad del cuidado informal que se daba en base a los lazos de parentesco por parte de la familia pasa a una alternativa profesionalizada en el mercado (p.5). En este entramado, el cuidado en la vejez no puede pensarse de manera homogénea ni neutral, ya que las trayectorias de vida, los mandatos de género y las desigualdades acumuladas inciden directamente en las formas de envejecer y en las necesidades de cuidado. En este sentido, Aguirre y Scavino (2013) señalan que: Ser mujer vieja o varón viejo es producto de procesos sociales en los cuales operan desigualdades materiales y simbólicas (p.31), es decir las maneras de envejecer se configuran a partir de normas sociales, expectativas y responsabilidades que se construyen en la interacción con los otros, es decir, en aquello que socialmente se espera que las personas hagan y asuman. Es en ese entramado donde se definen los significados y las experiencias asociadas a ser un varón viejo o una mujer vieja (p.31).

Resulta de interés traer la Ley N° 19.353 del SNIC que entiende a los cuidados como:

las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes (Ley N° 19.353, 2015: Artículo 3).

Como establece Míguez (2017) el cuidado se entiende como un derecho que corresponde a todas las personas, ya que en algún momento de la vida todos necesitan protección, atención y ayuda de otros. Sin embargo, socialmente se ha asignado principalmente a las mujeres la responsabilidad de llevar a cabo gran parte de estas tareas, que generalmente no son remuneradas y están estrechamente ligadas al hogar y al cuidado de personas que dependen de otros (p.67).

El cuidado como derecho y la construcción del Sistema Nacional Integrado de Cuidados

Una de las partes centrales del estudio recae en el análisis del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay, entendido como “conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia” (Gobierno de Uruguay, 2022). La elección de incluir este tema se fundamenta en que el SNIC constituye el marco institucional más relevante para comprender las transformaciones recientes en la organización social del cuidado, en diálogo y muchas veces en tensión con las dinámicas de mercantilización que atraviesan al sector privado.

Para abordar este punto se recupera como referencia principal el estudio realizado por María Noel Míguez (2016), *Cuidados en el Uruguay: entre subjetividades y objetividades en el primer año de implementación del Programa de Asistentes Personales*, que analiza el inicio de la puesta en práctica de uno de los programas del SNIC. Este trabajo resulta clave porque permite observar tanto los avances en materia de derechos como las tensiones que emergen en el proceso de implementación de políticas de cuidado en un contexto social históricamente atravesado por la feminización y privatización de estas tareas.

Es así que a modo de realizar un recorrido por las políticas de cuidado en Uruguay, en base a Míguez (2016), las mismas casi no existían antes del siglo XXI, eso llevaba a que los cuidados en aquellas personas que estaban en situación de dependencia fueran llevados adelante por las familias de los mismos, como ya se mencionó al hablar de la categoría cuidados, en general muchas veces aquellas familias que tuvieran poder adquisitivo “apelaban al mercado para contratar el servicio del cuidado y las que poseían menores ingresos un integrante de la familia principalmente y de preferencia mujer llevaba adelante dicha tarea (Sunkel en Míguez, 2016, pp.47-48).

Es así que, Míguez (2016) establece que, en Uruguay se comienza a indagar en torno al tema de los cuidados, en particular a través del Plan de Equidad en el 2011 buscando que comience a generar una política pública que intente sobrellevar las desigualdades sociales en particular hacia las mujeres ya que eran las responsables principales del cuidado (p.48). En ese sentido Cafaro y Espasandin (2015) establecen que el Sistema de Cuidados incorpora la demanda planteada desde las miradas de género de considerar al cuidado como un asunto social y colectivo. Esto implica que el Estado asuma la responsabilidad de garantizar este

derecho y que las tareas de cuidado, tradicionalmente realizadas dentro de las familias, comiencen a trasladarse hacia otros ámbitos, avanzando en su desfamiliarización (p.126). Por lo tanto, se busca la necesidad de

des-familiarizar o socializar los costos vinculados a las tareas de cuidados, generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada, así como articulando las acciones de diversos actores, de modo tal de avanzar hacia un escenario de corresponsabilidad social (Aguirre y Ferrari en Miguez, 2016, p.48).

Por lo tanto, como plantea Batthyány et al, en Cafaro y Espasandin (2015), reconocer y construir el cuidado como un derecho implica superar la lógica en la que el Estado actúa de manera sustitutiva frente a las familias, así como también dejar atrás la incorporación del cuidado dentro de políticas públicas de carácter focalizado (p.128).

Presentada la gestación del SNIC a continuación se busca analizar las etapas que dieron como resultado la ley N° 19.353 que crea formalmente el mencionado SNIC. Dicha ley declara de interés general la universalización de los cuidados y los define como:

Las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes” (Ley N.º 19.353, 2015, Art. 3, p. 2).

Asimismo, se establecen los principios rectores como universalidad, equidad, corresponsabilidad de género, integralidad, calidad, accesibilidad y participación social (Ley N.º 19.353, 2015, Art. 4, p. 2). Para su implementación crea tres órganos institucionales: la Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados (dependiente del MIDES) y el Comité Consultivo de Cuidados, integrado por representantes de la sociedad civil, academia, sindicatos y prestadores (Ley N.º 19.353, 2015, Arts. 6-11, pp. 3-5).

Como establecen Aguirre y Ferrari, en Miguez (2016), la primera etapa de discusión se desarrolló durante el gobierno de José Mujica (2010-2015), cuando se conformó un grupo

de trabajo interinstitucional bajo la órbita del Gabinete Social, que elaboró el documento Lineamientos, aportes conceptuales y plan de trabajo para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados (p.49). No obstante, por motivos presupuestarios, el sistema no llegó a implementarse según el diseño previsto.

La segunda etapa corresponde al gobierno de Tabaré Vázquez (2015–2020), que transformó al SNIC en una de las banderas centrales de su campaña. En su discurso de asunción, el presidente expresó que el SNIC no era “un gasto, ni una inversión, sino un imperativo ético” (Programa FA, 2014, citado en Aguirre y Ferrari, 2014, p. 51). Finalmente, la promulgación de la Ley N.º 19.353 del 27 de noviembre de 2015 otorgó formalidad e institucionalidad al sistema.

Dentro del SNIC existen diferentes dispositivos, según la información disponible en la página web del Servicio Nacional de Cuidados (2023), esto son Programa de Asistentes Personales, Centros de Día para personas mayores, Programa de Apoyo al Cuidado Permanente, Teleasistencia en casa y Cuidados más Calidad, todos con el objetivo de redistribuir el cuidado, profesionalizarlo y garantizarlo como derecho (MIDES, 2023, s/p).

En ese sentido es de interés subrayar aquellos dispositivos que actúan particularmente para viejos y viejas. En lo que refiere a los Centros de Día, están orientados a personas mayores de 65 años que presentan situaciones de dependencia leve o moderada y residen en sus domicilios, pero enfrentan dificultades para desarrollar de manera autónoma las actividades de la vida diaria, ya sea por limitaciones de carácter físico y/o cognitivo. En estos espacios se desarrollan propuestas culturales, recreativas y de estimulación física y mental, a cargo de equipos interdisciplinarios. La finalidad principal de los Centros de Día es promover la autonomía de los viejos y viejas favoreciendo su permanencia en el entorno comunitario habitual, al tiempo que constituyen un dispositivo de apoyo para las familias que asumen tareas de cuidado. La concurrencia puede realizarse con una frecuencia de dos, tres o cinco días semanales, según las necesidades de cada persona (Gobierno de Uruguay, s. f.).

Por otro lado, el programa de Teleasistencia en el hogar está dirigido a personas de 70 años y más que se encuentren en situación de dependencia leve o moderada y residan en viviendas particulares. Constituye un dispositivo de apoyo que permite una respuesta rápida ante situaciones de riesgo, como caídas o emergencias de salud dentro del hogar, contribuyendo a fortalecer la seguridad y el bienestar tanto de las personas usuarias como de

sus familias. El servicio se instrumenta a través de un dispositivo portátil que, al ser activado, establece una comunicación directa con un centro de atención disponible de manera permanente. Desde allí, un equipo de operadores evalúa la situación y, de ser necesario, contacta a personas de referencia o a los servicios de salud previamente definidos.

El acceso al servicio puede realizarse mediante postulación directa, ya sea a través de los canales institucionales del Ministerio de Desarrollo Social o en las oficinas territoriales del organismo en todo el país. De forma complementaria, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados convoca a empresas interesadas en brindar este servicio, las cuales deben cumplir con los estándares de calidad establecidos y registrarse en el Registro Nacional de Cuidados, a partir de llamados públicos difundidos en el sistema de Compras Estatales. Una vez cumplidos los requisitos, las personas usuarias pueden optar por alguna de las empresas habilitadas para la prestación. En ese sentido el Sistema de Cuidados contempla distintos niveles de subsidio, totales o parciales, definidos según la capacidad de pago de los hogares, siguiendo criterios similares a los aplicados en otros programas de atención a la dependencia (Gobierno de Uruguay, s. f.).

Por otro lado, el Programa de Apoyo al Cuidado Permanente (PACP) el cual constituye una prestación orientada a brindar un apoyo económico destinado a la cobertura de cuidados de viejos y viejas, tanto en situación de dependencia como sin ella, que se encuentran alojadas en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) que deben ser clausurados por disposición de los organismos competentes. A través del PACP se procura fortalecer los procesos de regulación y habilitación de los ELEPEM, facilitando el realojo de personas provenientes de establecimientos que requieren cierre o adecuaciones. De este modo, se busca garantizar el acceso a cuidados con estándares de calidad, especialmente para personas mayores que se encuentran en situaciones de elevada vulnerabilidad social.

El subsidio puede ser otorgado de manera total o parcial y se destina exclusivamente a financiar la contratación de servicios de cuidado en establecimientos habilitados e inscriptos en el Registro de Proveedores del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. En el marco de este programa, el Ministerio de Desarrollo Social realiza el pago correspondiente al cupo asignado a la persona realojada, quien a su vez cede el derecho de cobro al ELEPEM que brinda el servicio (Gobierno de Uruguay, s. f.).

Por último el plan de Asistentes Personales, en resumen este consiste en la incorporación del servicio de cuidados en el domicilio mediante personas jurídicas, particularmente a través de cooperativas, sin que ello excluya la eventual participación futura de otras formas organizativas. Entre los aspectos que se procura potenciar mediante esta modalidad se encuentran el fomento de la responsabilidad colectiva, la elaboración de planes individualizados de cuidados, la consolidación de un registro de proveedores, el establecimiento de referencias claras para asistentes y personas usuarias a través de contratos definidos, y el fortalecimiento del acompañamiento institucional del programa. A su vez, se apunta a promover un modelo de cuidados integrado y centrado en las personas, mejorar los vínculos laborales mediante instancias de apoyo y contención colectiva, ampliar las oportunidades de formación y de inserción laboral, y reforzar el seguimiento y la supervisión de los binomios asistente- persona (Gobierno de Uruguay, s. f.).

El Sistema de Cuidados de CASMU: caracterización institucional

El CASMU (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay) es una institución de salud privada que se desempeña como mutualista. Fue fundado en 1935 por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), como el producto de dos procesos sociales: el desarrollo de una corriente gremial médico-estudiantil uruguaya y la creación de mutualidades en el Uruguay del siglo XIX, promovida por inmigrantes y otros sectores sociales que fueron adquiriendo relevancia en distintos aspectos vinculados a la atención sanitaria (Nuestra historia, s.f., párr. 3). Con el paso del tiempo, CASMU amplió sus servicios a toda la población, consolidándose como uno de los principales prestadores de salud del país. Su estructura incluye hospitales, policlínicas, servicios de urgencia, internación domiciliaria y programas de rehabilitación, conformando una red de atención integral. Desde el año 2007, forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que organiza la atención médica tanto pública como privada en Uruguay, el mismo da “acceso universal a todos los residentes en Uruguay (...) significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley” (Sindicato Médico del Uruguay, s.f, p.3).

Como prestador privado dentro del SNIS, respeta las garantías establecidas por dicho sistema ofreciendo cobertura a quienes prefieren sus servicios. De este modo, se combina su tradición mutualista con las políticas públicas de salud, proceso que supuso un desafío importante debido a la necesidad de adaptarse a nuevas regulaciones. Un desafío similar

enfrentó en 2009, cuando se separó del SMU y dio origen al CASMU IAMPP, esta transformación exigió definir una política asistencial que, sin perder los valores y principios que convirtieron a la institución en referente nacional, garantizara su viabilidad como empresa de servicios de salud de calidad (Nuestra historia, s.f., párr. 7). Desde 2022, CASMU-IAMPP implementa una política de calidad basada en ISO 9001 que estructura un sistema de mejora continua, uso de tecnología, formación del personal, prevención de riesgos y satisfacción del usuario. Esta política fortalece los procesos asistenciales y la cultura institucional, y condiciona directamente las experiencias y responsabilidades del/la practicante (CASMU, s.f.). Lo cual logra socializar diferentes costos asociados a tareas de cuidado, servicios públicos y regular oferta privada. Entre sus metas se encuentran fortalecer la oferta existente de servicios de cuidados, mejorando su calidad y accesibilidad; desarrollar nuevos servicios; y profesionalizar a quienes actualmente brindan cuidados remunerados, así como capacitar a quienes podrían incorporarse a ese sector laboral (p.1).

En este contexto, la institución puso en marcha su propio Sistema de Cuidados, en el libro de hitos del CASMU (2024) Logros, compromisos y sostenibilidad se destaca que el Sistema de Cuidados de CASMU es un “modelo asistencial preventivo y promotor de salud dirigido a las personas adultas mayores que no solo tiene en cuenta al usuario, sino también a su familia y su entorno” (CASMU, 2024, p.19). Por lo tanto, el Sistema de Cuidados atiende a viejos y viejas mayores de 65 años con fractura de cadera buscando integrar la atención médica con una evaluación de la situación familiar y del entorno social en el que se desarrolla la vida de la persona. Esta perspectiva permite realizar un diagnóstico profundo, que contempla tanto las necesidades como las capacidades de la persona, con el fin de diseñar una estrategia de intervención completa y sostenida en el tiempo (p.19). El mismo surge en febrero del 2020 convirtiéndose en la primera Unidad de Ortojeriatria del país persiguiendo la necesidad de “tener un sector especializado que no solo se centre en el tratamiento de enfermedades, sino también en la prevención, en la recuperación de lesiones y acompañamiento antes de que las enfermedades o dolencias sean evidentes” (CASMU, 2024, p.19). Así mismo en el libro se destaca que, el Sistema de Cuidados está conformado por un equipo interdisciplinario en el que participan médicos geriatras, internistas, licenciados en enfermería y profesionales del trabajo social. A este núcleo se integran otros especialistas según las necesidades de cada persona, tales como fisiatras, fisioterapeutas, traumatólogos, anestesiastas, entre otros. La atención que se brinda no se limita únicamente al ámbito médico, sino que incorpora una mirada integral que combina lo sanitario con lo social. Esta

articulación entre distintas disciplinas permite una intervención sociosanitaria coordinada, orientada a garantizar un cuidado más completo y centrado en la persona (p.20).

El marco teórico desarrollado permite situar el cuidado en la vejez como un fenómeno complejo, atravesado por dimensiones biológicas, sociales, culturales y políticas, así como por un entramado normativo que lo reconoce progresivamente como un derecho. Sin embargo, estas definiciones generales adquieren sentido y densidad analítica cuando se las pone en diálogo con las experiencias, prácticas y discursos de los actores que participan cotidianamente en la organización y provisión de cuidados.

En este sentido, el presente análisis se apoya en entrevistas realizadas a referentes institucionales vinculados tanto al Sistema Nacional Integrado de Cuidados como al ámbito de la salud privada, específicamente al CASMU. La incorporación de una referente del SNIC permite ampliar la mirada más allá del espacio institucional de la práctica preprofesional, recuperando elementos del diseño, la implementación y los desafíos del sistema de cuidados a nivel nacional. A su vez, las entrevistas realizadas en CASMU posibilitan aproximarse a la forma en que dichas orientaciones se traducen o se tensionan en un contexto concreto de atención en salud.

Desde esta perspectiva, el análisis no busca contrastar de manera lineal la normativa con la realidad empírica, sino comprender las tensiones, límites y contradicciones que emergen en la organización del cuidado. En particular, se indagan los modos en que el cuidado se inscribe en lógicas institucionales y sanitarias atravesadas por dinámicas de mercado, así como los desafíos éticos y profesionales que estas condiciones plantean al Trabajo Social. De este modo, la mercantilización del cuidado constituye un eje analítico emergente del trabajo empírico.

1. El cuidado en la vejez como derecho: alcances y tensiones desde el SNIC

Como ya se hizo mención el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se configura en Uruguay como una política pública orientada a reconocer el cuidado como un derecho y una responsabilidad social compartida. Desde su diseño, el sistema se propuso cuestionar la histórica asignación del cuidado al ámbito familiar promoviendo la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y familias, así como la corresponsabilidad de género.

Desde la perspectiva institucional, estos principios continúan siendo centrales en el SNIC. Tal como expresa una referente del sistema, el mismo surge con el objetivo de que “los cuidados no queden relegados a la familia, sino que sea una corresponsabilidad entre las familias, el Estado y las comunidades” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). En esta línea, la entrevistada subraya que uno de los fundamentos del sistema es posibilitar que las mujeres no queden confinadas al cuidado intradomiciliario, señalando que “un tercio de las mujeres en América Latina no puede salir al mercado laboral porque está cuidando a otras personas” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). Este planteo dialoga con los aportes de Cafaro y Espasandín (2015), quienes sostienen que el reconocimiento del cuidado como derecho implica necesariamente su desfamiliarización y la redistribución social de estas tareas (p.126).

La centralidad del enfoque de género en el diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados responde a la persistente feminización del cuidado, la cual no puede ser comprendida únicamente como una desigual distribución actual de tareas. En base a Gianna y Mallardi (2016) este es visto como resultado de configuraciones familiares históricas, en este sentido, la organización del cuidado se estructuró, desde la consolidación de la familia patriarcal y monogámica, a partir de una división sexual del trabajo que asignó a los varones el espacio productivo y a las mujeres la esfera reproductiva y de cuidado (pp. 51-52). Esta forma de organización no solo delimitó responsabilidades diferenciadas según el sexo, sino que se constituyó en un pilar fundamental para la reproducción de la fuerza de trabajo, operando como un dispositivo funcional tanto al mercado como a la dominación patriarcal (p. 51). En este sentido, Jelin (2021) sostiene que “la función tradicional de las mujeres como cuidadoras a cargo de las necesidades diarias del resto de los miembros de la sociedad (...) implica una carga creciente para las mujeres” (p. 183). Esta asignación desigual se sostiene en una división sexual del trabajo que reproduce desigualdades a lo largo del ciclo vital y que se profundizan en la vejez.

Desde una mirada crítica, estas asignaciones de género pueden comprenderse como construcciones sociales que se reproducen simbólicamente y se presentan como naturales. Bourdieu (1999) advierte que aquello que se presenta como “natural” responde en realidad a construcciones sociales que se reproducen simbólicamente, reforzando roles tradicionales sin transformarlos estructuralmente (p.2). En diálogo con este planteo, Butler (2001) sostiene que el género no constituye una esencia previa, sino que se produce a través de prácticas sociales

reiteradas, generando efectos de verdad que asignan roles y expectativas diferenciadas. Estas construcciones inciden directamente en la organización social del cuidado y en la forma en que mujeres y varones transitan la vejez (p. 267). En relación con ello, Perrotta (2016) señala que las trayectorias de vida están profundamente atravesadas por normas de género, lo que genera que las mujeres orienten gran parte de su vida adulta y su envejecimiento hacia tareas reproductivas y de cuidado, muchas veces en detrimento de su inserción en el mercado laboral y del acceso a derechos sociales. Esta desigualdad estructural se traduce en trayectorias laborales más inestables, menores ingresos y mayores niveles de dependencia económica en la vejez,

la percepción y la organización de todos los aspectos de la vida social se construyen en función de lo femenino y masculino, es así como los sujetos interiorizamos estas estructuras objetivas en estructuras subjetivas, (...) de esa forma reproducimos lo que está pautado” (Perrotta, 2016, p.41).

En ese sentido, la autora establece que, en base a esos roles es que los hombres orientan su envejecimiento a lo asociado a la productividad, mientras que las mujeres viejas lo orientan a otras actividades recreativas sin olvidar las tareas de cuidado que se mantienen a lo largo de su vida (p.41). Jelin (2021) advierte que la familia, lejos de constituir un espacio homogéneo, se presenta como un ámbito complejo y contradictorio, en el que se combinan prácticas de cuidado con la reproducción de desigualdades de género (p. 256).

Desde esta perspectiva, el enfoque de género del SNIC adquiere centralidad al intentar disputar una organización del cuidado históricamente familiarizada y feminizada. No obstante, las tensiones entre el reconocimiento normativo del cuidado como derecho y las condiciones materiales de su implementación evidencian los límites de la política pública para transformar de manera estructural las relaciones de género que atraviesan tanto a las familias como al conjunto de la sociedad. En este sentido, la referente advierte que “hoy por hoy el sistema depende solamente del presupuesto nacional, porque no existe todavía un Fondo Nacional de Cuidados” (Entrevista a referente del SNIC, 2025), lo cual condiciona la posibilidad de expandir los servicios y garantizar su universalidad. Esta situación se expresa de manera concreta en la existencia de listas de espera, particularmente en el Programa de Asistentes Personales, donde según se señala, “hubo más de 7.500 personas en lista de espera

y más de 4.000 que murieron esperando” durante el período de recortes presupuestales (Entrevista a referente del SNIC, 2025).

Asimismo, la entrevistada identifica retrocesos institucionales ocurridos a partir del año 2020, cuando el SNIC fue fusionado con discapacidad y sufrió una reducción significativa de recursos. Estas transformaciones impactaron en la capacidad operativa del sistema y evidencian que, aun cuando el cuidado es reconocido normativamente como derecho, su efectivización permanece sujeta a decisiones políticas y económicas. En este sentido, el cuidado aparece como un campo en disputa, donde coexisten avances en el plano normativo y discursivo con limitaciones estructurales en su implementación.

En relación con el cuidado en la vejez, la referente enfatiza la necesidad de avanzar hacia un enfoque que acompañe a las personas a lo largo de todo el trayecto de vida y que no se encuentre rigidizado por criterios etarios. Al respecto, sostiene que “la idea es ir hacia una postulación única que tenga que ver con la dependencia, independientemente de la edad” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). Asimismo, destaca la importancia de dispositivos que promuevan la permanencia en el entorno comunitario, señalando que “la gente no quiere vivir en residencias, quiere vivir en su casa, pero necesita cuidados” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). En este marco, los centros de día, la teleasistencia y las figuras comunitarias aparecen como estrategias clave para retrasar situaciones de dependencia y evitar institucionalizaciones.

De este modo, a partir de la voz de una referente institucional del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, es posible reconocer avances significativos en la construcción del cuidado como derecho y en la instalación de la corresponsabilidad social como horizonte normativo. Sin embargo, estos avances coexisten con tensiones estructurales que ponen en cuestión la capacidad del sistema para transformar de manera sustantiva la organización social del cuidado. La dependencia exclusiva del presupuesto nacional, la ausencia de un Fondo Nacional de Cuidados y los recortes presupuestales recientes evidencian que la efectivización del derecho al cuidado permanece condicionada por decisiones políticas y económicas, lo que limita su universalidad y profundiza desigualdades preexistentes. En este escenario, el cuidado se configura como un campo en disputa, donde el reconocimiento normativo convive con procesos de mercantilización, fragmentación institucional y sobrecarga persistente de las familias, particularmente de las mujeres. Estas tensiones se tornan especialmente relevantes al analizar el cuidado en la vejez, ámbito en el que las

necesidades de apoyo cotidiano se entrelazan con demandas sanitarias, interrogando los límites y articulaciones entre el sistema de cuidados y el sistema de salud. La comprensión de esta relación resulta central para problematizar los alcances reales del SNIC y será abordada en el apartado siguiente.

2. La fragmentación entre el sistema de cuidados y el sistema de salud: tensiones desde una lógica sanitarista

La articulación entre el sistema de salud y el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) aparece como uno de los principales nudos problemáticos. Si bien el SNIC reconoce el cuidado como un derecho y se propone desfamiliarizar progresivamente las responsabilidades de este, en la práctica persisten importantes dificultades para coordinar respuestas con el sistema sanitario, especialmente en situaciones de alta hospitalaria.

Desde la experiencia de las referentes del Sistema de Cuidados de CASMU, una de las principales tensiones se vincula con los tiempos institucionales del SNIC, que resultan incompatibles con la urgencia que atraviesa a las personas hospitalizadas. Tal como expresa una de las entrevistadas: “los tiempos del SNIC no son los tiempos de las personas; las personas necesitan los cuidados ahora, no dentro de un año” (TS1, CASMU, 2025).

Como ya se hizo mención, esta desarticulación se vuelve especialmente crítica en los procesos de alta hospitalaria, donde la resolución clínica no siempre se acompaña de una respuesta efectiva en materia de cuidados posteriores. Según el Ministerio de Salud Pública (2022), el egreso hospitalario se define como el momento en que la persona “luego de culminado el episodio de morbilidad por el cual estuvo internado (...) se encuentra en condiciones de continuar su recuperación fuera del hospital” (p. 5). Sin embargo, desde la práctica cotidiana de la Unidad de Ortopediatria del Sistema de Cuidados de CASMU, esta definición resulta insuficiente para dar cuenta de las situaciones de dependencia que emergen una vez finalizada la atención sanitaria. En este marco, la solicitud de articulación con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados se produce, en general, cuando las personas no cuentan con los recursos materiales y económicos necesarios para contratar los cuidados recomendados por la institución para el período posterior al alta. Las entrevistadas señalan que, en numerosas situaciones, el alta médica expone necesidades de cuidado inmediatas que no encuentran respuesta oportuna en el SNIC. En palabras de una de las referentes: “el paciente se va de alta desde lo sanitario, pero la familia viene con una necesidad que es ahora,

no dentro de nueve meses o un año” (TS2, CASMU, 2025), aludiendo a los tiempos de demora del sistema.

Ante estas limitaciones, el Sistema de Cuidados de CASMU despliega estrategias alternativas para garantizar la continuidad del cuidado, recurriendo a organizaciones de la sociedad civil, residenciales (ELEPEM), empresas de cuidadores y gestiones informales para la obtención de recursos. En este contexto, el Trabajo Social asume un rol central como articulador, aunque sus intervenciones se ven condicionadas por una estructura institucional que fragmenta el cuidado entre distintos subsistemas con escasa coordinación efectiva.

Las dificultades de articulación observadas en la experiencia del Sistema de Cuidados de CASMU no pueden ser leídas únicamente como fallas operativas o institucionales particulares, sino que remiten a una problemática de carácter estructural que atraviesa la relación entre el sistema de salud y el Sistema Nacional Integrado de Cuidados. En este sentido, la fragmentación evidenciada en los procesos de alta hospitalaria expresa una lógica de intervención históricamente sanitarista, que prioriza la resolución clínica del episodio de enfermedad por sobre una planificación integral del cuidado posterior. Tal como señala Menéndez (2003), el modelo médico-hegemónico organiza la atención desde una perspectiva biomédica y curativa, tendiendo a desestimar los procesos sociales, relacionales y cotidianos que sostienen la vida, especialmente en contextos de dependencia (p. 2). En el caso de los viejos y las viejas, esta lógica se traduce en intervenciones focalizadas en el evento sanitario, que no contemplan de manera integral las necesidades de cuidado que emergen una vez otorgada el alta médica.

Desde la propia perspectiva institucional del SNIC, esta escasa articulación entre el sector salud y el sector social es reconocida como una de las principales limitaciones para garantizar el derecho al cuidado en la vejez. En este sentido, una de las referentes entrevistadas señala que: “una persona mayor recibe el alta en el sector salud y nunca se coordina con el sector social” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). De este modo, las dificultades de coordinación que se manifiestan en la práctica cotidiana de CASMU permiten visibilizar una fragmentación más amplia entre ambos subsistemas, que condiciona las posibilidades de intervención y la continuidad del cuidado.

Esta fragmentación es explicada desde el propio SNIC como resultado de lógicas institucionales diferenciadas entre el sistema de salud y el sistema de cuidados. En este

sentido, la referente entrevistada señala que CASMU no integra el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, ya que desde su perspectiva se inscribe en una lógica sanitarista, mientras que el sistema de cuidados se estructura desde una perspectiva social orientada a la continuidad de los apoyos. En sus palabras: “en realidad CASMU no integra el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, entre otras cosas porque tiene una visión sanitarista (...) el sistema de cuidados tiene que ver más con los aspectos sociales y con una continuidad de servicios con los sectores de salud, pero no es del sector salud” (Entrevista a referente del SNIC, 2025).

Asimismo, la referente explica que la asignación de los recursos del SNIC se realiza a partir de criterios socioeconómicos, lo que incide directamente en el acceso a los servicios. Al respecto, señala que “cuando se asignan los recursos se hace justamente teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos”, estableciendo subsidios del 100 % para la población en situación de mayor vulnerabilidad, mientras que otros sectores deben asumir esquemas de copago, dado que “no es que son los servicios totalmente gratuitos” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). En la práctica, esto implica que “hoy por hoy, en la oferta de servicios que tenemos, la mayor parte de los que acceden son población que necesita el 100 % del subsidio” (Entrevista a referente del SNIC, 2025). De este modo, numerosos viejos y viejas que egresan del sistema de salud quedan ubicados en una franja intermedia: no son considerados población altamente vulnerable según los criterios del SNIC, pero tampoco cuentan con los recursos necesarios para sostener los cuidados requeridos tras el alta hospitalaria.

Esta tensión entre la urgencia que caracteriza a los procesos de alta desde el sector salud y los tiempos, criterios y modalidades de intervención del sistema de cuidados profundiza la fragmentación entre ambos subsistemas y contribuye a que, una vez finalizada la atención clínica, las decisiones vinculadas al cuidado recaigan nuevamente sobre las familias, reproduciendo dinámicas de familiarización que el propio SNIC se propone transformar.

Esta perspectiva se inscribe en un enfoque que reconoce que el cuidado no puede ser garantizado exclusivamente desde la lógica sanitaria, sino que requiere abordajes integrales que contemplen dimensiones sociales, familiares y comunitarias. En esta línea, Pereira (2011) señala que el modelo de atención en salud en Uruguay se fundamenta en un enfoque

ecológico, que supone la interacción entre los sujetos y el entorno que habitan, configurando una “medicina social” donde las disciplinas sociales adquieren un lugar central (p. 22).

Desde este marco, la interdisciplina aparece como una condición necesaria para garantizar intervenciones integrales frente a problemáticas complejas. Tal como plantea Carballeda (2010), la interdisciplina puede constituirse en un obstáculo o en una oportunidad en contextos de alta fragmentación social, donde la competencia individual tiende a desvalorizar el trabajo colectivo (p. 1).

En este marco general, la fragmentación entre el sistema de cuidados y el sistema de salud no solo limita la efectivización del cuidado como derecho, sino que también habilita la coexistencia de respuestas institucionales desarticuladas, con distintos criterios de acceso, calidad y financiamiento. Esta situación constituye un campo de tensión central para el análisis del cuidado en la vejez y permite problematizar los límites estructurales del SNIC en su relación con otros sistemas de provisión de cuidados.

En este sentido, resulta pertinente avanzar desde el análisis del nivel macroinstitucional hacia el estudio de una institución de salud específica, con el objetivo de comprender cómo estas lógicas se materializan en las prácticas cotidianas de atención y cuidado. El abordaje del sistema de salud desde la experiencia institucional del CASMU permitirá problematizar de qué manera se organiza el cuidado de los viejos y las viejas en el ámbito sanitario, cuáles son los límites de la lógica biomédica y qué lugar ocupa la articulación con el sistema de cuidados en los procesos de atención, alta y continuidad del cuidado.

3.1. Cuidado en prestadores privados: el caso de CASMU

Si bien en apartados anteriores se desarrollaron las características generales del CASMU como prestador privado de salud, resulta necesario, recuperar los aportes surgidos de las entrevistas realizadas a Trabajadores Sociales referentes de la institución con el fin de aproximarse al funcionamiento concreto del dispositivo de cuidados en la práctica. Los aportes de las entrevistadas permiten tensionar el discurso institucional y dar cuenta de cómo se organizan efectivamente las respuestas de cuidado hacia los viejos y las viejas, en un entramado atravesado por lógicas sanitarias, administrativas y económicas propias del sector privado. En este sentido, el análisis del Sistema de Cuidados de CASMU no solo aporta elementos para comprender modalidades específicas de atención sociosanitaria, sino que

también habilita una lectura crítica sobre las condiciones en las que el cuidado se produce, gestiona y garantiza, constituyéndose en una puerta de entrada para problematizar los procesos de mercantilización del cuidado que serán abordados en los apartados siguientes.

El CASMU, como prestador privado enfrenta el desafío de garantizar cuidados integrales a los viejos y las viejas dentro de un marco institucional que combina lógicas de derecho con criterios de eficiencia y gestión. En este escenario, la intervención del Trabajo Social resulta central para mediar entre las necesidades de las personas, los recursos disponibles y las demandas familiares, procurando asegurar la continuidad del cuidado desde el ingreso hospitalario hasta el alta y cuando corresponde en el domicilio.

Es así que el Sistema de Cuidados surge como respuesta a una necesidad institucional concreta vinculada al aumento de las fracturas de cadera por fragilidad en población envejecida y a las elevadas tasas de mortalidad asociadas. Según refiere una de las responsables del dispositivo, el proyecto se impulsa a partir de una iniciativa de la presidencia de la institución, en diálogo con la jefatura médica, ante la evidencia de que la atención tradicional no lograba dar respuesta integral a esta problemática (TS1, CASMU, 2025). Según la referente la creación de una unidad de ortogeriatría se inscribe así en una tendencia internacional poco extendida en Uruguay, orientada a reducir tiempos de internación, mejorar la calidad del alta y disminuir la mortalidad en viejos y viejas con fractura de cadera.

3.1.2 Organización y proceso de atención

El Sistema de Cuidados de CASMU se estructura a partir de un dispositivo jerárquicamente organizado que articula la dirección institucional, la jefatura médica del área y una coordinación específica del sistema, de la cual dependen los equipos de médicos, enfermería y Trabajo Social. Este esquema refuerza el carácter interdisciplinario del dispositivo, concebido desde su origen como una intervención integral y sostenida en el tiempo. Carballada (2010) plantea que “la Interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la ‘competencia’ individual desvaloriza el trabajo en equipo” (p. 1). Por lo tanto, más que trabajar de manera aislada, cada integrante del equipo aporta su conocimiento específico, generando mediante el intercambio enfoques más integrales. En contextos sanitarios, y específicamente en el Sistema de

Cuidados de CASMU, el equipo interdisciplinario está integrado por médicos/as geriatras, licenciados/as en enfermería, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, entre otros profesionales. Todos colaboran en la atención sociosanitaria de los viejos y viejas que han sufrido fracturas de cadera, considerando no solo el diagnóstico médico, sino también su bienestar emocional y social. De acuerdo con su discurso institucional, se busca “(...) atender no sólo la dimensión clínica, sino también preservar la autonomía y capacidades funcionales de las personas mayores” (Sistema de Cuidados, s/f, párr. 3). Sin embargo, esta orientación no puede pensarse de forma desvinculada del contexto social más amplio, dado que los procesos de salud no se producen en el vacío, sino que están atravesados por condicionamientos estructurales que exceden el campo sanitario. En este sentido, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS advierte que las desigualdades en salud que podrían evitarse se relacionan directamente con las condiciones en las que las personas “nacem, crecen, viven, trabajan y envejecen (...) determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, p. 1).

Desde este enfoque, el proceso de recuperación posterior a una fractura de cadera no puede comprenderse únicamente a partir de la atención sanitaria brindada. Por el contrario, se encuentra condicionado por un entramado de factores sociales, entre los que se incluyen los recursos económicos disponibles, la existencia o no de redes de apoyo, las características del espacio habitacional y las posibilidades reales de acceder a ayudas técnicas. En consecuencia, las propuestas institucionales orientadas a una atención integral del cuidado deberían reconocer a los determinantes sociales de la salud como parte constitutiva del proceso de intervención, y no como variables accesorias o externas al mismo. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente en el escenario actual de envejecimiento poblacional, en el cual se redefinen tanto las trayectorias de la vejez como las formas sociales de organización del cuidado.

Reflexionar sobre la integralidad de la atención implica retomar los aportes de Batthyány, Genta y Perrotta (2014), quienes advierten que “asistimos a un incremento de la demanda de necesidades de cuidado relacionadas sobre todo al proceso de envejecimiento (...) una reducción del número de hijos/as y una mayor expectativa de vida por los cambios en las condiciones de salud” (p. 76). En una sociedad envejecida, resulta imprescindible situar el derecho al cuidado en el centro de los procesos de alta médica. Este no puede reducirse a una respuesta meramente funcional, donde la intervención concluye una vez que la persona

retorna a su hogar, sino que debe orientarse a sostener su dignidad y autonomía, considerando las múltiples dimensiones que configuran su vida cotidiana. En este sentido, las autoras destacan que enfatizar la autonomía permite comprender el vínculo entre quien cuida y quien es cuidado como un elemento constitutivo del cuidado de calidad, habilitando una concepción del cuidado como derecho cuando se valoran las decisiones de la persona respecto a quién y de qué modo desea ser cuidada (p. 81).

Los viejos y las viejas que ingresan al sistema son, principalmente personas de 60 años y más con fracturas de cadera por fragilidad, identificadas desde la puerta de urgencia o una vez ingresadas a piso. A partir de ese momento, se activa un protocolo de atención que involucra a las tres disciplinas, las cuales deben necesariamente realizar la evaluación correspondiente, como señala la referente entrevistada “ninguna de las tres patas puede dejar de ver al paciente” (TS1, CASMU, 2025). Agregando que, desde el rol del Trabajo Social, la intervención comienza en el ingreso al sanatorio y se orienta tempranamente a la planificación del alta. Esto implica la valoración del contexto familiar, social y económico del viejo o la vieja, la identificación de redes de apoyo, y la anticipación de los cuidados que serán necesarios una vez finalizada la internación. La planificación temprana del alta constituye un elemento central del dispositivo, ya que permite evitar internaciones prolongadas y desorganizadas, garantizando un egreso coordinado y con seguimiento posterior.

El acompañamiento no se limita al período de internación. El sistema establece además controles traumatológicos coordinados, seguimiento telefónico a distintos plazos (al mes, seis meses y un año) y en los casos que lo ameriten seguimiento domiciliario. Este monitoreo prolongado permite evaluar la evolución clínica, las condiciones de vida y la mortalidad de los pacientes, así como ajustar las estrategias de intervención de forma interdisciplinaria.

3.1.3 Mercantilización del cuidado

Desde la perspectiva de Polanyi (1992), la mercantilización refiere al proceso mediante el cual dimensiones fundamentales para la reproducción de la vida comienzan a ser organizadas bajo la lógica del mercado. El autor advierte que elementos como el trabajo, la tierra o el dinero que denomina mercancías ficticias no fueron producidos para ser vendidos, y que su subordinación a criterios de rentabilidad y eficiencia genera profundas

consecuencias sociales, al transformar derechos en bienes de consumo y desplazar la responsabilidad colectiva hacia el individuo (p. 85). En el área de los cuidados, este proceso implica que la atención a las necesidades humanas quede condicionada por la capacidad de pago, reforzando desigualdades estructurales.

En el caso de CASMU, la mercantilización del cuidado se expresa de manera particular, tensionando el discurso institucional centrado en la atención integral de los viejos y las viejas. Si bien la institución se define como un prestador mutual privado que promueve un “modelo asistencial preventivo y promotor de salud dirigido a las personas adultas mayores que no solo tiene en cuenta al usuario, sino también a su familia y su entorno” (CASMU, 2024, p. 19), en la práctica esta orientación convive con una lógica operativa basada en indicadores de eficiencia, control de costos y reducción de los días de internación. Esta tensión se hace visible en la propia génesis de la unidad de ortogeriatría, donde la incorporación del enfoque de cuidados aparece legitimada a partir de su impacto económico. Tal como relata una de las referentes entrevistadas, “primero demostramos que esto funcione y demostramos mejores números de internación, lo que ahorra la institución, y a partir de eso se decidió avanzar con el plan piloto” (TS1, CASMU, 2025). Esta afirmación da cuenta de cómo la ampliación del cuidado integral se habilita, en gran medida, cuando puede ser traducida en términos de ahorro y rentabilidad institucional.

Asimismo, en la práctica del Trabajo Social emergen de forma constante situaciones en las que las necesidades de cuidado exceden lo que la institución puede o está dispuesta a cubrir. Como señala otra referente del sistema

se nos presentan un montón de situaciones de pacientes que golpean la puerta con una serie de demandas que a veces implican costos, y la realidad es que si desde la institución dicen que no se va a hacer, no se hace” (TS2, CASMU, 2025)

Frente a estas limitaciones, el equipo despliega estrategias de gestión informal, bonificaciones, informes sociales, articulación con organizaciones de la sociedad civil o recursos estatales que buscan paliar las desigualdades, pero que no logran revertir la lógica estructural que condiciona el acceso al cuidado.

En este sentido, Dornell et al (2014) establecen que la relación con el mercado “a través de las formas de cuidado rentadas, implica que las familias dispongan de un capital

económico habilitante (...) implícitamente condiciona el acceso” (Dornell et al, 2014, p.5). En CASMU, esta situación se expresa en la proliferación de servicios privados de acompañamiento y cuidado domiciliario, que operan de forma paralela al sistema institucional y responden plenamente a lógicas mercantiles. Como describe una de las entrevistadas, “muchos cuidados dependen del dinero; hay empresas que ofrecen acompañamiento, cuidado domiciliario o asistencia en sanatorios, pero no tienen vínculo con la institución y funcionan como un mercado” (TS2, CASMU, 2025).

De este modo, el cuidado se configura como un bien fragmentado, donde aquello que no puede ser cubierto por la institución o el sistema público queda librado al mercado o a la capacidad de la red familiar. Esta dinámica refuerza desigualdades, al tiempo que reproduce una expectativa implícita de que la familia asuma la responsabilidad principal del cuidado. En el caso analizado, el equipo institucional parte de la premisa de que la red familiar deberá sostener los cuidados posteriores al alta, incluso en situaciones de alta dependencia, lo que revela una concepción del cuidado asociada a la dependencia y a la disponibilidad familiar. Otra de las referentes comenta

hay veces que no tenía para pagar las curaciones, es algo que es habitual, es una mutualista que implica costos, implica gastos y hay veces que la gente llegado el momento no tiene para pagar, en esto tratamos de nosotros desde sistema de cuidados, bueno, que podemos hacer con esta gente en esto yo digo bueno si no se va con intención domiciliaria nosotros vamos a ir al domicilio con la enfermera y con el médico y vamos a ver cómo los podemos orientar a los familiares para sí ese tipo de curación se puede hacer por una persona, un familiar que no se un enfermero, si se puede hacer bueno, que lo puedan hacer ellos. Siempre pensamos que es la familia la que decide, nosotros planteamos todo tipo de alternativas, pero el familiar es el que determina cual es la decisión y la mejor estrategia para ellos (TS2, CASMU, 2025).

El caso de CASMU permite entonces visualizar cómo la mercantilización del cuidado tensiona los discursos institucionales centrados en la persona y limita la posibilidad de una atención verdaderamente integral. En ese sentido es de interés remarcar que la misma no se

expresa únicamente en la organización de los servicios, los criterios de acceso o la capacidad de pago, sino también en dimensiones más sutiles y naturalizadas de la práctica institucional, como son las formas de nombrar a las personas con las que se interviene. El lenguaje utilizado en los dispositivos de salud no es neutro: porta sentidos, reproduce lógicas y da cuenta de determinadas concepciones sobre el cuidado y sobre los sujetos que lo reciben.

En el marco del Sistema de Cuidados de CASMU, y tal como se observa en los distintos espacios de intercambio con el equipo interdisciplinario, es habitual la utilización de los términos usuario y paciente para referirse a las personas mayores atendidas. Estas denominaciones responden a normas institucionales que regulan la práctica cotidiana; sin embargo, su uso permite problematizar las lógicas que subyacen a la intervención.

En relación con el término usuario, este remite a la idea de alguien que hace uso de un servicio. Tal como señala Cazzaniga (2015), esta forma de nombrar se construye en el marco de una sociedad organizada bajo lógicas de mercado. No se trata estrictamente de un mercado libre, sino de un escenario en el que el Estado cumple un rol central como mediador, interviniendo para garantizar la sostenibilidad del sistema capitalista. En ese contexto emergen los servicios bajo responsabilidad estatal, también aquellos gestionados por prestadores privados, con ellos, la noción de uso, que se incorpora al lenguaje para referirse a quienes acceden a dichos servicios (p. 6). En este caso, quienes hacen uso del Sistema de Cuidados de CASMU son nombrados como usuarios, lo que remite implícitamente a una relación mediada por la prestación de un servicio y, en última instancia, por el pago.

Por su parte, el término paciente proviene del ámbito médico y refiere, según la Real Academia Española, a quien “tiene paciencia” o a la “persona que se halla bajo tratamiento o se somete a un reconocimiento médico” (RAE, s.f.). Esta denominación inscribe a la persona en una relación asimétrica frente al saber profesional, reduciéndola a su condición de padecimiento y reforzando una lógica de intervención centrada en lo biomédico. En este sentido, el uso del término paciente contribuye a la cosificación del sujeto, ubicándolo en un lugar pasivo dentro del proceso de atención.

Desde una perspectiva crítica del Trabajo Social, estas formas de nombrar no pueden ser pensadas como meras convenciones lingüísticas, sino como expresiones de relaciones de poder que atraviesan las prácticas institucionales. Tal como plantea Montaña (2010), resulta fundamental sostener una “postura crítica (ético-política) de cara a la realidad que enfrenta,

de las condiciones estructurales e institucionales, de los fundamentos y de las modalidades operativas de las acciones que desarrolla inserto en las Políticas Sociales” (p. 16). En este marco, problematizar el lenguaje utilizado en la intervención se vuelve una dimensión central para construir prácticas que no sólo acompañan, sino que también cuestionan las estructuras que reproducen desigualdades.

Así, la mercantilización del cuidado se expresa incluso en aquello que suele estar naturalizado dentro de los dispositivos de salud, como la forma de nombrar a las personas con las que se trabaja. El desafío ético y político del Trabajo Social radica en construir intervenciones que reconozcan la intersubjetividad, incorporando las vivencias, deseos y trayectorias de los viejos y las viejas, y evitando reducirlos a la condición de usuarios de un servicio o pacientes de una institución. No obstante, este posicionamiento crítico se ve tensionado cuando la práctica profesional se desarrolla dentro de estructuras institucionales ya establecidas como en el caso de CASMU que priorizan criterios de eficiencia, orden y gestión, lo que puede entrar en contradicción con los principios ético-políticos del propio Trabajo Social.

4.Trabajo social en Sistema de Cuidados de CASMU

Según la Federación Internacional de los Trabajadores Sociales (FITS), el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica orientada a promover el cambio, el desarrollo y la cohesión social, así como el fortalecimiento y la liberación de las personas. Se sustenta en principios ético-políticos como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, y se apoya en los aportes de las ciencias sociales, las humanidades y los saberes indígenas, involucrando tanto a las personas como a las estructuras sociales para enfrentar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar (FITS, 2014). En esta línea, el Trabajo Social no sólo interviene sobre la realidad social, sino que también produce conocimientos para dicha intervención, configurándose como un campo disciplinar que busca comprender, problematizar y transformar las condiciones sociales en las que se inscriben las trayectorias de vida de los sujetos, fortaleciendo su autonomía, su participación y su empoderamiento. En ese sentido Cazzaniga (2015) establece que, el campo disciplinar y profesional del Trabajo Social se configura a partir de un conjunto de problemáticas y preguntas que buscan comprender, explicar, nombrar y transformar determinados aspectos de la realidad social. Estas operaciones se ponen en juego tanto en las prácticas de intervención como en las de investigación, considerando las

particularidades de cada plano, sus lógicas específicas y el tipo de conocimiento o producción que de ellas se deriva (p. 100).

Es por ello que, en la intervención profesional se necesita una interoperación crítica de los entramados sociales que configuran lo cotidiano, en ese sentido “si sometemos estas naturalizaciones a la reflexión y crítica quizás logremos visibilizar lo soterrado” (Cazzaniga, 2009, p. 6). En el campo del Trabajo Social este ejercicio es fundamental ya que de la capacidad de desnaturalizar dependen la forma en que se definen los problemas, las dimensiones que se consideran relevantes, los sujetos que son escuchados y las alternativas que se construyen colectivamente. Es por ello que, la intervención debe problematizar el sentido común puesto que este refleja estructuras sociales interiorizadas. Tal y como se establece en el Art. 27 del Código de Ética Profesional de Trabajo social es necesario “mantener una perspectiva crítica respecto del proyecto o fin sociopolítico y cultural que tiene la institución, contribuyendo al cambio en la correlación de fuerzas institucionales, apoyando las legítimas demandas e intereses de la población usuaria” (ADASU, 2001, art. 27).

Resulta de interés problematizar el rol del Trabajo Social dentro de instituciones de salud y las formas en las que se nombra a quienes se suscriben a dichos servicios. Para ello, resulta pertinente en primer lugar revisar los devenires del Trabajo Social en América Latina. En base a los aportes de Miguez, Pereyra y Fernández (2020) en el libro Trabajo social Dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos, en particular en la sección “Discapacidad y Familias: reflexiones desde el trabajo social” se destaca que, el campo profesional inicial el Trabajo Social estuvo enfocado en el sustento del saber médico y su despliegue en la vida cotidiana de sujetos, familias, grupos y comunidades (p. 189). En sus orígenes marcados por la filantropía, la caridad y la influencia religiosa, se fue construyendo una formación profesional con un carácter asistencial y unidireccional, en la que el “saber estaba centrado en la palabra de quien iba a “resolver” las dificultades de aquellos sujetos que no responden a la hegemonía del deber ser impuesta como interiorización en los procesos de sociabilidad” (Miguez et al, 2020, p. 189-190).

Por lo tanto, en base a estos autores, el trabajo social surge vinculado al saber médico, funcionando en sus inicios como una herramienta disciplinadora. Comenzando a desempeñar un rol ejecutor en el territorio, llevando adelante las intervenciones que el enfoque médico consideraba necesarias, dentro del marco de la medicina tradicional. Se configura así una

figura feminizada que actúa en el territorio con el objetivo de disciplinar a las poblaciones, lo cual sienta las bases de un Trabajo Social que empieza a consolidarse como una forma hegemónica de estar y actuar en el mundo. Su función principal consistía en promover prácticas de higiene en el ámbito familiar, especialmente a través de las visitas domiciliarias. (p.190)

Esta matriz de origen sigue teniendo efectos en la actualidad, particularmente en el rol que ocupa el trabajador social dentro de las instituciones médicas. En base a los aportes de Pereira (2011) el modelo de atención en salud de Uruguay parte de un enfoque ecológico, siendo aquel que involucra la interacción entre los seres humanos y el entorno en el que habitan, tratándose de una medicina social (p.22). Esto hace que sea necesario un trabajo interdisciplinario, Carballeda (2010) establece que “la Interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo” (Carballeda, 2010, p.1).

Por lo tanto, en lugar de trabajar de manera aislada, cada miembro del equipo aporta su conocimiento y a través del intercambio se logran enfoques más amplios. Como ya se hizo mención el Sistema de Cuidados de CASMU, el equipo interdisciplinario es conformado por, médicos geriatras, licenciados en enfermería, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros, quienes colaboran para ofrecer un abordaje sociosanitario de las necesidades de los viejos y viejas que han sufrido fracturas de cadera, teniendo en cuenta no solo el diagnóstico médico, sino también el bienestar emocional, social haciendo que se aborden todas las dimensiones de la salud de una persona, ofreciendo un tratamiento completo y que ha demostrado ser eficaz. No obstante, De Martino (2004) establece que si bien el campo profesional ha avanzado en términos de autonomía y construcción crítica, aún persisten lógicas que colocan al trabajo social en un lugar de ejecutor de indicaciones médicas o de contención emocional, más que como un actor con capacidad de análisis e intervención integral sobre los determinantes sociales de la salud (p.38). En este sentido, es necesario revisar críticamente estas herencias históricas para fortalecer un rol más activo, reflexivo y transformador dentro del sistema de salud. Es así que “se debe romper con los esquemas intra hospitalario y preocuparse de los factores socioeconómicos, ambientales, etc., que son determinantes en el nivel de salud de una población” (De Martino, 2004, p.38).

En consonancia con estos aportes teóricos, los relatos de las trabajadoras sociales referentes del Sistema de Cuidados de CASMU permiten visualizar cómo estas concepciones se materializan en la práctica. Desde su experiencia, el Trabajo Social no aparece como una intervención fragmentada ni inscrita a un momento específico del proceso de atención, sino como parte de un abordaje integral que se despliega desde el inicio de la intervención. En palabras de una de las referentes: “intervenimos desde el inicio (...) desde los recursos, los cuidados, la evaluación familiar, entre otros; en realidad es un todo” (TS1, CASMU, 2025). Esta mirada da cuenta de una práctica profesional que no se restringe a lo social en sentido estricto, sino que se articula de forma permanente con otras dimensiones del cuidado, en diálogo continuo con enfermería y el equipo médico.

Asimismo, las entrevistadas destacan el carácter dinámico del trabajo interdisciplinario, en el que la identificación de situaciones se construye y se comparte colectivamente. Tal como señala otra referente: “si hay algo que detectamos se viene y se traslada al equipo (...) más allá de que no lo vamos a resolver nosotras, se comparte qué es lo que está pasando” (TS1, CASMU, 2025). De este modo, el Trabajo Social aporta una lectura situada de la vida cotidiana de los viejos y viejas, al tiempo que se nutre de los saberes de otras disciplinas, consolidando un abordaje sociosanitario integral.

No obstante, los relatos también evidencian los límites institucionales que atraviesan la intervención profesional y los dilemas éticos que de ellos se desprenden. Las trabajadoras sociales refieren a situaciones en las que identifican necesidades que no logran ser abordadas en profundidad debido a restricciones de tiempo y recursos que responden a un marco institucional. En este sentido, una de las entrevistadas expresa: “ojalá pudiera darle otro tipo de respuestas, pero no puedo porque me enmarco en la institución” (TS2, CASMU, 2025). Esta tensión entre el deseo de una intervención más amplia y las condiciones concretas de ejercicio profesional interpela no sólo el rol del Trabajo Social, sino también su dimensión ético-política.

Reflexiones finales

Con la finalidad de dar cierre a la presente tesis, en este apartado se exponen los principales hallazgos del trabajo, en diálogo con los objetivos propuestos al inicio de la investigación. A partir del análisis teórico, normativo y empírico desarrollado, fue posible reflexionar en torno al cuidado en la vejez en el ámbito de la salud, identificando sus alcances, tensiones y desafíos, particularmente en relación con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y su articulación con el Sistema de Cuidados de CASMU.

En relación con el objetivo general, orientado a reflexionar sobre el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud a partir del análisis del Sistema de Cuidados de CASMU en vínculo con el SNIC, puede afirmarse que el mismo fue abordado a lo largo del trabajo. El análisis permitió identificar que, si bien el cuidado ha sido progresivamente reconocido como un derecho y una responsabilidad social compartida, su materialización concreta se encuentra atravesada por tensiones estructurales vinculadas a las lógicas del sistema de salud, a la mercantilización del cuidado y a las desigualdades de género que se reproducen a lo largo del curso de vida.

Respecto al primer objetivo específico, que se propuso contextualizar el cuidado como derecho humano a partir de marcos normativos y aportes teóricos relevantes, el trabajo permitió reconstruir los principales debates en torno al cuidado humano, su carácter socialmente necesario y su histórica asignación al ámbito familiar y femenino. A partir de los aportes teóricos analizados, se evidenció que el reconocimiento del cuidado como derecho constituye un avance significativo, aunque este reconocimiento convive con prácticas y estructuras que continúan reproduciendo desigualdades, especialmente en la vejez.

En cuanto al segundo objetivo, orientado a describir el diseño y las propuestas del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, identificando sus avances, limitaciones y contradicciones, el análisis permitió dar cuenta de la centralidad de los principios de corresponsabilidad social y de género que estructuran al SNIC. No obstante, a partir del análisis documental y de la entrevista a una referente institucional, se identificaron importantes limitaciones vinculadas a restricciones presupuestales, retrocesos institucionales y dificultades para garantizar la universalidad de las prestaciones, lo que tensiona el reconocimiento del cuidado como derecho efectivo.

El tercer objetivo específico, centrado en analizar cómo se organizan los cuidados en el ámbito de la salud en Uruguay, considerando especialmente el papel del sector privado, fue abordado a partir del análisis del sistema de salud y del lugar que ocupa el cuidado en dicho entramado. En este sentido, se evidenció que el sector privado adquiere un rol central en la provisión de cuidados, lo cual introduce lógicas de mercado que inciden en el acceso, la calidad y la continuidad de la atención, dando cuenta a su vez del Sistema de Cuidados de CASMU.

En relación con el cuarto objetivo, que buscó describir el funcionamiento y la organización del Sistema de Cuidados de CASMU como ejemplo institucional en la atención a viejos y viejas, el análisis permitió visibilizar el papel del Trabajo Social en la construcción de abordajes integrales e interdisciplinarios. A partir de las entrevistas realizadas, se constató que la intervención profesional no se limita a un momento puntual, sino que se inscribe en un proceso continuo que articula dimensiones sociales, familiares y sanitarias. Al mismo tiempo, se identificaron límites institucionales que condicionan la intervención, generando tensiones éticas y profesionales.

En síntesis, los objetivos propuestos fueron abordados a lo largo del trabajo, permitiendo construir una mirada crítica sobre el cuidado en la vejez en el ámbito de la salud. El análisis desarrollado evidencia que el cuidado continúa siendo un campo en disputa, en el que coexisten avances normativos y discursivos como el reconocimiento del cuidado como derecho y como responsabilidad social compartida, con persistentes limitaciones estructurales para su efectiva garantía. Estas tensiones se expresan de manera particular en la articulación entre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y el sistema de salud, especialmente en el sector privado, donde el cuidado se encuentra atravesado por lógicas de mercado que inciden en su organización, acceso y continuidad.

En este marco, resulta central problematizar la mercantilización del cuidado, entendida no sólo como la participación de actores privados, sino como la subordinación progresiva de las necesidades de cuidado a criterios de eficiencia, rentabilidad y sostenibilidad financiera. Esta lógica tensiona el enfoque de derechos que sustenta al SNIC y pone en evidencia los límites de su implementación cuando la garantía del cuidado depende de arreglos institucionales insertos en el mercado de la salud. Al mismo tiempo, este análisis permite distinguir analíticamente entre un sistema de cuidados concebido como política pública, intersectorial y universal, y los dispositivos institucionales de cuidado que se

desarrollan en organizaciones específicas, como el Sistema de Cuidados de CASMU, el cual, aun incorporando abordajes integrales, se encuentra condicionado por marcos organizacionales y presupuestales.

Desde esta perspectiva, el estudio del Sistema de Cuidados de CASMU permite visibilizar tanto las potencialidades como los límites de la intervención en el ámbito de la salud privada. Por un lado, se destacan los aportes del Trabajo Social en la construcción de abordajes integrales, interdisciplinarios y orientados a la continuidad del cuidado en la vejez; por otro, se evidencian tensiones éticas y profesionales derivadas de la coexistencia entre una perspectiva de derechos y racionalidades institucionales atravesadas por lógicas mercantiles. En este escenario, el Trabajo Social se posiciona como un actor clave para problematizar estas contradicciones, sostener una lectura crítica de las condiciones de producción del cuidado y contribuir a la construcción de prácticas que amplíen el acceso a derechos, aun en contextos institucionales restrictivos.

Referencias

- Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU). (2001). *Código de Ética profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay*. Recuperado de <https://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf>
- Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). *Los cuidados en Uruguay: ¿un nuevo derecho?* Montevideo: MIDES.
- Aguirre, R., y Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistemacuidados/files/documentos/publicaciones/aguirre---la-construccion-del-sistema-decuidados-en-uruguay.pdf>
- Batthyány, K., & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20CCSS_Batthyany_Cabrera.pdf
- Batthyány, K., & Cabrera, M. (Coords.). (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: Apuntes para un curso inicial*. Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Montevideo, Uruguay. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20CCSS_Batthyany_Cabrera.pdf
- Batthyány, K., et al. (2014). *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. MIDES. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/personas-mayores-ante-cuidado-aportes-inmayores-para-construccion>
- Bourdieu, P. (1990). *Familia sin nombre*. Reproducción de UBA-Argentina.
- Butler, J. (2002). *Críticamente subversiva*. En R. Mérida, *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer* (pp. 55–79). Icaria.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

- Cafaro, A. (2015). *El cuidado como problema público: Aportes para el debate desde el Trabajo Social*. Revista Fronteras, (8), 67–82. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7247/1/RF_Cafaro_2015n8.pdf
- Carballeda, A. (2008). *La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas*. Revista Margen, 48(7), 1–9. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/La%20intervencion%20en%20lo%20social.%20Carballeda.pdf
- Carballeda, A. J. M. (s. f.). *La interdisciplina como diálogo: Una visión desde el campo de la salud*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Informe final). Organización Mundial de la Salud. <http://who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- De Martino, I. (2004). *Una encrucijada en constante evolución: salud y Trabajo Social* [Tesis de Licenciatura no publicada]. UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.
- Dornell, T. (2019). *Cuidados, envejecimiento y Trabajo Social: Tensiones entre derechos, familia y mercado*. Ponencia presentada en las XVIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales (JICS), UdelaR. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23878/1/XVIII%20JICS_Teresa%20Dornell.pdf
- Dornell, T., Mauros, R., Sande, S., & Stemphelet, S. (2014). *El desafío del cuidado humano: ¿Cómo cuidamos a nuestros viejos en Uruguay?*
- Dornell, T., Mauros, R., Sande, S., & Stemphelet, S. (2014). *Reflexiones sobre el cuidado humano: aportes desde la intervención profesional en Trabajo Social*. Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.
- Gianna, S., y Mallardi, M. (2016). *Transformaciones familiares y trabajo social. Debates contemporáneos y contribuciones analíticas*. Dynamis.

- Gobierno de Uruguay. (2017, 24 de enero). *Teleasistencia en casa*. Sistema Nacional Integrado de Cuidados. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/noticias/teleasistencia-casa>
- Gobierno de Uruguay. (2022, 3 de junio). *Conocé el Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/conoce-sistema-nacional-integrado-cuidados>
- Gobierno de Uruguay. (2022, 11 de marzo). *Programa de Apoyo al Cuidado Permanente (PACP)*. Sistema Nacional Integrado de Cuidados. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/comunicados/programa-apoyo-cuidado-permanente-pacp>
- Gobierno de Uruguay. (s. f.). *Centros de día*. Sistema Nacional Integrado de Cuidados. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/centros-dia>
- International Federation of Social Workers (IFSW). (s. f.). *Global definition of social work*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Jelin, E. (2021). *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales*. CLACSO.
- Ley N.º 19.353. (2015). *Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. Diario Oficial, 8 de diciembre de 2015. IMPO.
- Ludi, M. C. (2013). *Envejecimiento activo y participación social en sectores de pobreza: Una mirada desde Trabajo Social*. Ponencia presentada en las X Jornadas de Sociología, UBA. <https://cdsa.aacademica.org/000-038/387.pdf>
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1).
- MIDES. (2023). *Conocé el Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. <https://www.gub.uy>
- Ministerio de Salud Pública. (2022, 15 de noviembre). *Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/normas-nacionales-para-registro-egresos-hospitalarios>

Míguez, M. N. (2016). *Cuidados en el Uruguay: entre subjetividades y objetividades en el primer año de implementación del Programa de Asistentes Personales* (Trabajo de Diploma). UdelaR.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20287/1/Cuidados%20en%20el%20uruguay%20entre%20subjetividades%20y%20objetividades_MiguezM.ariaNoel.pdf

Míguez, M. N. (Coord.). (2017). *Cuidados en el Uruguay: entre subjetividades y objetividades en el primer año de implementación del Programa de Asistentes Personales*. Estudios Sociológicos Editora.

Montaño, C. (2010). *Trabajo Social y proyecto ético-político: una lectura desde América Latina*. Revista *Katálysis*, 13(1), 10–18.
<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>

Pereira Canto, S. (2011). *El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención* [Tesis de Licenciatura no publicada]. UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.

Perrotta, V., et al. (2016). *Género y diversidad sexual en la vejez*. Ministerio de Desarrollo Social, INMAYORES.

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

Quecedo Lecanda, R., & Castaño Garrido, C. (2002). *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. Revista de Psicodidáctica, (14), 5–39.
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Real Academia Española. (s. f.). *Paciente*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.).
<https://dle.rae.es/paciente>