

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Desarrollo del individuo en el marco de una salud  
familiar:  
nuevas políticas de salud**

**Verónica Ellis**

**Tutor: Teresa Dornell**

**2008**

## INDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	03
<b>Introducción</b> .....	05
<b>Capítulo I:</b>	
<i>Aspectos centrales de una perspectiva de salud social</i> .....	07
I.1 – Desarrollo y Salud.....	10
<b>Capítulo II:</b>	
<i>La importancia del entorno en el desarrollo del individuo: Familia y medio</i> .....	15
II.1 – Acerca de la familia uruguaya.....	18
II.2 – El entorno y la salud de los individuos.....	23
<b>Capítulo III:</b>	
<i>La política de salud en el Uruguay. Un lugar para nuestra profesión</i> .....	28
III.1 – Hacia una nueva política de salud.....	35
<b>Capítulo IV:</b>	
<i>Intervenir en la salud</i> .....	42
IV.1 – Primer nivel de atención.....	45
IV.2 – En busca de estrategias.....	46
IV.3 – Dimensión ética de la salud.....	51
IV.4 – La intervención del Trabajo Social como disciplina.....	55
<b>Conclusiones</b> .....	59
<b>Bibliografía</b> .....	60
<b>Fuentes Documentales</b> .....	62
<b>Anexos</b> .....	63

## AGRADECIMIENTOS

Resulta difícil escribir palabras de agradecimiento en este momento tan especial, en donde uno termina una etapa tan importante como es el hecho de cerrar una puerta dejando atrás el ser estudiante para abrir otra con la responsabilidad del desempeño profesional. Considero que más que el fin de esta etapa es el comienzo de otra en este largo camino, que se presenta con muchas expectativas e incertidumbres, es el comienzo de mi proyecto como profesional, en donde me encuentro con todas las energías de volcar todos los conocimientos adquiridos hasta el momento y con la sed de seguir adquiriendo herramientas que alimenten mi ser.

En el agradecimiento pasan por mi mente episodios que me marcaron en el camino recorrido...

Pienso en el año 2005, en donde me inserté en el campo laboral, en donde conocí innumerables historias de vida que los libros no son capaces de transmitir como la realidad nos lo muestra. Agradezco haber tenido esta oportunidad de conocer y aprender, así como también agradezco al grupo tan lindo que formé en esas instancias de trabajo que hasta el día de hoy me acompañan y compartimos nuestras experiencias tanto personales como laborales y ojalá que la vida me de nuevamente la oportunidad de poder trabajar con ellos.

Pienso en mis compañeros de la carrera, con los cuales salvamos y perdimos exámenes, lloramos y reímos, nos ilusionamos y nos defraudamos, todo siendo parte del proceso de aprendizaje.

Pienso en mi familia y sobre todo en mi madre, ser el cual es un ejemplo de vida y se "bancó" y me apoyó en todos los momentos de este camino, dándome consejos muy sabios, mi madre, un ser lleno de sabiduría y de ternura que es capaz de dar todo y de defender a capa y espada sus ideales de justicia sin dejar el respeto de lado. Pienso en mi padre, que lamentablemente no puede compartir este momento conmigo pero no tengo duda que estaría muy orgulloso del logro que estoy haciendo, mi padre, un ser tan duro y sensible al mismo tiempo, a él le hago una dedicación muy especial, ya que no lo tengo físicamente a mi lado. Pienso en mis hermanos que cada uno a su

manera han hecho su camino, sobretodo a Eugenia, un ser admirable por su fortaleza para conseguir sus aspiraciones.

Pienso en mis amigos, que muchas veces sin entender mis estados de animo, siempre me dieron su incondicional apoyo, confiando en mis capacidades.

Pienso en una personita muy especial que desde hace casi un año comparte momentos muy especiales conmigo, una personita que se ha encargado de brindarme, amor y comprensión, a través de palabras y actitudes de aliento hacia mi, ojalá que la vida me lleve a estar siempre con él y poder construir cosas juntos, tanto en el campo personal como profesional.

Pienso en todas aquellas cosas que me ayudaron a llegar a este momento tan especial.

Quiero agradecer a la Facultad de Ciencias Sociales por formar a los profesionales con el nivel que los está formando.

Agradezco a mi tutora, Teresa Dornell, por aceptar estar presente en este proceso y por siempre darme aliento en el desempeño de la tarea de la realización del presente.

Finalmente agradezco al tribunal presente por darme esta oportunidad de compartir el trabajo que vengo realizando desde hace un año.

Gracias a todos.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, se da en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Tiene como objetivo presentar la tesis de grado a través del desarrollo de un análisis teórico en torno a aspectos relacionados con el concepto de salud de los individuos.

En un primer capítulo, se aborda los aspectos centrales de una perspectiva de salud social, aspectos tales como el bienestar de los individuos y su desarrollo humano, que se llevan a cabo en un medio determinado, se tratan las dimensiones de la salud individual y salud colectiva, reconocidas como derechos que junto con otras dimensiones se dirigen a lograr un bienestar.

En el capítulo dos, se habla de la familia como espacio en donde el individuo nace, crece y se desarrolla, se toma a la familia como un sistema de relaciones interpersonales, donde emergen determinadas conductas de los individuos que la componen, situados en un contexto social que los determina. Es un ámbito en donde se asume la responsabilidad de la salud física y mental de los hijos y también de la educación de los mismos. Se hace una reseña histórica de la familia uruguaya, haciendo una descripción de los principios generales presentes en la mayoría de las familias, que le dan unidad y permiten asimilarse a la comunidad con un funcionamiento armónico. Se toma al individuo como un ser en situación, reflejo de cierta situación que vive una persona en un espacio determinado, en la vida cotidiana, caracterizada por una cultura, valores, modos de comunicarse y relacionarse, etc.; estos aspectos se encuentran en permanente construcción, nunca terminan de formarse.

En el tercer capítulo se hace una recorrida histórica del proceso que ha tenido la sociedad uruguaya en aspectos centrales de la salud, haciendo referencia a la modernidad y a los procesos de medicalización, en donde se observa una intervención en aumento en las relaciones sociales vinculadas a la salud, basadas en la promoción y la prevención, considerando a la educación y a la salud como estrategias fundamentales para crear ciudadanía. Se plantean aspectos que llevaron a que el sector de la salud se encuentre en crisis, en donde el Ministerio de Salud Pública presentaba significativas carencias de recursos, llevando a la necesidad de crear nuevas políticas de salud. Se hace

una descripción de las nuevas políticas que se vienen desarrollando en el país en las últimas décadas, dándole especial énfasis a la reforma de la salud, la cual establece que todas las políticas sociales tienen que ser el resultado de los ingresos tributarios del Estado.

Finalmente, se desarrollan líneas de intervención en el área de la salud, específicamente a lo que refiere al primer nivel de atención, aquí se le da especial importancia a la función social del médico que lleva a cabo su tarea en base a una teoría científica aceptable que sustente su práctica, siendo de gran importancia el reconocimiento del Estado. Se describen aspectos relacionados con lo institucional y organizacional, en donde se menciona al Trabajo Social como una disciplina que juega su papel en este espacio, muchas veces considerado como soporte básico de los programas destinados al bienestar social.

## CAPITULO I:

### ASPECTOS CENTRALES DE UNA PERSPECTIVA DE SALUD SOCIAL

Referente al abordaje del tema salud, existen diversas concepciones y puntos de vista acerca de lo que es el concepto de la misma, este es muy amplio y abarca distintos aspectos, tanto a nivel individual, colectivo y su entorno (ecológico o societal). En los próximos párrafos se explicitara desde que punto de vista se tomará a la salud.

Cuando nos referimos a la salud, parece necesario destacar que es un aspecto de preocupación general en la mayoría de las personas, tanto a nivel individual como a nivel de las diversas disciplinas, no se trata de algo que solamente se pueda estudiar desde un punto de vista médico, sino que todos los individuos plantean cierta preocupación al respecto, sin considerar condición socioeconómica, edad, sexo, etc. La salud de las personas es un problema que se encuentra en las agendas de los Estados, ya que de ello depende el índice de bienestar de los individuos y su desarrollo humano.

Podemos considerar que el término salud, según Mariño (1979) <sup>1</sup> esta relacionado con aspectos vinculados al medio ambiente y con la cultura donde se inserta el individuo, tomando en cuenta que éste, nace y se desarrolla en dicho espacio.

La salud individual esta constituida por el equilibrio que posee el organismo de la persona en relación con el ambiente. Mientras que la salud colectiva es el equilibrio en el cual se sitúa determinada población, en donde se encuentran interactuando aspectos físicos, mentales y sociales que constituyen una comunidad.

Existen diversas dimensiones (física, cultural, económica y educacional) que forman un campo complejo en donde el hombre vive. Estos aspectos establecen el nivel de salud y el nivel de vida de las personas.

Siguiendo a Mariño, R. (1979: 22)<sup>2</sup> se puede decir que *“la importancia de la salud, radica no solo sobre el bienestar y en la aceptación de los principios*

---

<sup>1</sup> Mariño, R (1979): Bienestar y Desarrollo. En: Salud. Editorial Ciencias.

<sup>2</sup> Ídem

*morales que rigen la dignidad del hombre, sino también en su relación directa con la producción, la capacidad de consumo y el ahorro”*

A partir de esto se puede decir que la salud es un derecho (reconocido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud)<sup>3</sup> que se aplica tanto a la salud individual como a la colectiva sin discriminación alguna. Por lo general este derecho es reconocido junto con el derecho a la educación y el de seguridad social.

El bienestar de los individuos es un aspecto que se encuentra relacionado con el concepto de salud, este consiste en la adaptación del individuo al medio ambiente a nivel físico, mental y social. También se puede considerar al bienestar como una aspiración que tienen los hombres, como meta final del desarrollo.

Considerar al bienestar como meta para el desarrollo, es decir que éste se define como el estado de satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas en sociedad, siendo alcanzado a partir de la mejora de los niveles de vida a través de un crecimiento económico y políticas sociales.

Como instrumento del desarrollo, el bienestar social se identifica como el *“conjunto de leyes, programas, servicios y organizaciones que buscan la solución de las necesidades sociales, el beneficio de los grupos más débiles económicamente o socialmente, y el fortalecimiento de las estructuras sociales fundamentales”*. (Aylwin, N; 1979:42)<sup>4</sup>

Siguiendo con esta línea se puede establecer otro concepto de bienestar social: *“acción que juega un papel muy importante en los procesos de desarrollo, facilitando la interacción social, regulando la utilización racional de los diferentes recursos puestos al servicio del hombre, estimulando el desarrollo de la iniciativa individual o de los grupos para el beneficio general, complementando los recursos existentes”*<sup>5</sup>

También se puede considerar al bienestar como una respuesta a las necesidades, dentro de las cuales se encuentran las esenciales para la subsistencia, como ser la alimentación, vestido, alojamiento, salud. Por otro lado están las relacionadas con el confort y la recreación, como por ejemplo el

---

<sup>3</sup> Ver Constitución de la OMS en anexos

<sup>4</sup> Aylwin, N (1979) Elementos para el estudio del bienestar social. En: Revista de Trabajo Social. Año IV N° 11.

<sup>5</sup> Ídem

transporte y las distracciones. Por último están aquellas necesidades que proporcionan valores al ser humano, aquí se pueden mencionar a la educación cultura, vida espiritual, familiar, etc. (Aylwin, N., 1979)<sup>6</sup>

Todas las personas somos sujetos de diferentes necesidades que no se pueden satisfacer por uno mismo y que requieren de una interacción social, de carácter institucional – no siempre-, como por ejemplo guarderías, hospitales, pensiones, mejoramiento de la calidad de vida.

Podemos considerar a la acción social<sup>7</sup>, como una actividad que orientará una política para el bienestar social.

Estamos ante un conflicto que atraviesa el tejido social, establecido entre las necesidades y los recursos sociales, presentándose desde el instante en que se requiere una intervención pública e institucional para la satisfacción de las necesidades humanas.

La necesidad en los seres humanos *“es una tendencia natural hacia la consecución de los medios que le son propios para su mantenimiento y desarrollo. La necesidad se manifiesta en un estado de carencia de los medios para satisfacer las aspiraciones humanas”* (Cortajarena; 1979:28)<sup>8</sup>

La necesidad tiene su manifestación primitiva en la familia, destacándose en este marco dos planos, el de las condiciones de vida y el de las condiciones de convivencia. La primera de ellas refiere al conjunto de factores que se desarrollan a partir de la relación del individuo con el medio ambiente, cuando cambian las condiciones de vida, surgen nuevas necesidades, trabajo, salud, medio ambiente, etc. Por otro lado, las condiciones de convivencia surgen de factores que se desarrollan a partir de las relaciones entre hombres, como por ejemplo los Derechos Humanos.

En la declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 1948, en el artículo 25, se dice *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene así mismo derecho a los seguros en caso*

---

<sup>6</sup> Ídem

<sup>7</sup> “Intervención específica para la resolución de necesidades sociales” Cortajarena (1979): Introducción al Bienestar Social. Colegio Consejo de Asistentes Sociales. Siglo XXI.

<sup>8</sup> Cortajarena (1979): Introducción al Bienestar Social. Colegio Consejo de Asistentes Sociales. Siglo XXI.

*de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”* (Cortajarena; 1979:42)<sup>9</sup>

### **I.1 - Desarrollo y Salud**

El desarrollo, es un proceso de crecimiento en lo económico, donde se produce cierto cambio social y el hombre es protagonista de esto. Tiene como objetivo aumentar el bienestar y la calidad de vida de las personas. Esto implica un esfuerzo por parte de los individuos en cuanto sus aptitudes colectivas.

La salud es un componente que no se encuentra aislado en la comunidad, sino que necesita de ciertas acciones para hacer posible el desarrollo económico y social de una sociedad, se destacan como componentes la alimentación, educación, trabajo, vivienda, recreación, seguridad social, etc., formando de esta manera el Nivel de Vida de un país. (Mariño, R; 1979)<sup>10</sup>

Según lo establecido por el PNUD *“El desarrollo humano es el proceso de aumentar las opciones de la gente. La más decisiva de esas opciones de amplio alcance es llevar una vida larga y sana, recibir educación y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decoroso. Otras opciones son la libertad política, la protección de los derechos humanos y el respeto por uno mismo”* (Alleyne, G; 1996: 3)<sup>11</sup>

Considerando este concepto, se puede hacer referencia a un proceso en el cual se expanden las capacidades humanas, dentro de estas se encuentran las mencionadas anteriormente (alimentación, educación, trabajo, vivienda, etc.), que pueden referirse a aquellas cosas que las personas pueden ser o hacer y lo que se logra efectivamente. Se estaría ante una relación entre las opciones y los logros de las personas. En este ámbito se encuentra como condición la provisión de de bienes, lo cual permite ampliar el campo de las opciones, esto se considera una condición necesaria pero no suficiente ya que

---

<sup>9</sup> Ídem

<sup>10</sup> Mariño, R (1979): Bienestar y Desarrollo. En: Salud. Editorial Ciencias

<sup>11</sup> Alleyne, G (1996). *“La salud y el desarrollo humano”* En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, volumen 120 N° 1

el desarrollo se centra en las personas y no en los bienes, está en las capacidades de las personas.

En este sentido se puede destacar lo que establece Amartya Sen (1999), quien concibe al desarrollo como un proceso en el cual las libertades de los individuos se expanden, y al mismo tiempo estas libertades dependen de las instituciones sociales y económicas y de los derechos políticos y humanos.

En ocasiones la ausencia de libertades se encuentra relacionada con la pobreza económica, lo cual no le permite al individuo satisfacer necesidades fundamentales como ser la alimentación y llegar a tener un nivel de nutrición adecuado, tratar enfermedades vestirse dignamente, etc., *“las libertades no solo son el fin principal del desarrollo, sino que se encuentran, además, entre sus principales medios”* (Sen, A; 1999: 28)<sup>12</sup>.

Por otro lado, es importante aclarar que el desarrollo humano se identifica muchas veces con el crecimiento económico, pero las políticas de desarrollo han demostrado que el crecimiento viene acompañado por la desigualdad y la pobreza, deterioro ambiental y agotamiento de recursos. (Reyes, R; 2002)<sup>13</sup>

Dentro de lo que es el desarrollo de una sociedad es importante valorar el papel que juegan los diversos tipos de capital, como ser, el natural, constituido por los recursos naturales, el capital humano, relacionado con la calidad de los recursos humanos, formar este tipo de capital implica invertir en áreas como la educación, salud, nutrición, etc.; y el capital social tiene que ver con aquellos valores compartidos, la cultura, poder actuar de manera sinérgica, generar redes, etc.<sup>14</sup>

La temática del desarrollo se encuentra en estrecha relación con la temática del medio ambiente. Frente a esto, hay que tomar en cuenta que para tener una mejor situación ambiental, se torna necesario hacer una redefinición del desarrollo, adoptando una perspectiva que se encuentre conciliada con la naturaleza. Esto implicaría un cambio cultural, porque sin este no se podría pretender que el desarrollo sea diferente de lo que ha sido hasta ahora, por el

---

<sup>12</sup> Sen, A (1999): Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta.

<sup>13</sup> Reyes (2002): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Publicación Electrónica. Universidad Complutense

<sup>14</sup> Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. [www.iadb.org/etica](http://www.iadb.org/etica)

hecho de que frente a las dificultades que ha tenido el desarrollo tal como se lo toma, se ha adoptado una postura en la cual se ha transformado el medio en vez de cambiar el hombre.

Así se puede decir *“es necesario desarrollar un nuevo sentido de pertenencia que abarque todo el planeta. Este sentido de solidaridad deberá necesariamente crecer en función de las necesidades de los propios seres humanos, la erradicación de la miseria y la pobreza, cuya existencia constituyen una de las causas fundamentales de la insustentabilidad ambiental. Supone, además, desarrollar un sentido de enfoque integral holístico, que permita comprender la totalidad, la interacción, que supere las fragmentaciones, es decir, las visiones parcializadas”*. (CEPAL; s/d: 24)<sup>15</sup>

Resulta necesario, a partir de esto, crear una nueva cultura con respecto al uso de los recursos naturales en relación con la calidad de vida de los seres humanos, pero para esto se tiene que entender a los actores sociales inmersos en determinado espacio físico, entender sus racionalidades, sus relaciones, conflictos y armonías. De esta manera se puede lograr una participación activa, a partir de cierto planteamiento de roles en la comunidad, y así marcar un camino hacia el cambio.

Pero, muchas veces, se presenta una dificultad, cuando la problemática ambiental se orienta a la supervivencia y no a mejorar la calidad de vida de las personas. Este panorama se puede observar en los países con menos recursos, en donde la vida misma se encuentra en juego.

En este sentido, hay que tener presente, que el individuo en su desarrollo se encuentra en un tiempo y espacio determinado, aspectos que van a influir en la calidad de vida de las personas. De esta manera se puede decir que los seres humanos dependen del medio ambiente y al mismo tiempo inciden de gran manera en él. El papel que juega la cultura, se puede considerar importante, en la medida que se la considere como estructura de mediación, con sus respectivas normas de actuación en relación al medio ambiente. No se trata de abarcar al medio ambiente desde una perspectiva biofísica solamente, sino que se trata de incluir al medio ambiente social.

---

<sup>15</sup> CEPAL: Cambio cultural, Desarrollo y Sustentabilidad Ambiental. En: La dimensión ambiental en el desarrollo de América Latina

*“Sus relaciones son múltiples y complejas, pero en cualquier caso, la conexión es inmediata en la medida en que la regulación del impacto ecológico deviene social en sus consecuencias y es la sociedad, en definitiva, quien interpreta ambos y le da contenido”* (Pardo, M., 1997:196)<sup>16</sup>.

La salud en relación con el medio ambiente se encuentra influida por factores internos y externos que se hallan en un estado dinámico. Evidencia de esto es el hecho de que los seres vivos no han sido siempre iguales, así como también su medio no ha permanecido estático, sino que esta en continuo cambio.

Todo esto determina en gran medida a lo que es la calidad de vida de las personas. Este concepto esta asociado a los estándares de vida, surge vinculado al desarrollo de las sociedades del bienestar y forma parte de los discursos políticos y sociales de los años 70.

La calidad de vida refiere no solo al *“grado de satisfacción subjetiva de un individuo en un contexto, sino también el nivel de recursos de los que de hecho un individuo dispone para poder controlar y dirigir conscientemente su propia vida”* (Corraliza, Rodríguez, 1991: 123)<sup>17</sup>

En este campo juega un rol importante la comprensión y la percepción que los individuos tienen sobre su propia calidad de vida. De esta manera, dicha percepción puede llegar a contribuir a una planificación social en temas tales como la salud o el desarrollo y planificación de los espacios urbanos. Partiendo de esta concepción, podemos decir que la calidad de vida es *“la percepción personal del estado de salud, relacionado esto con creencias, atribuciones y conductas de la salud. En general esta percepción esta asociada al uso que la persona hace de los servicios de salud, más que a la condición clínica de la enfermedad misma”* (Goldstein, 1984, Friedman; Di Matteo, 1989)<sup>18</sup>.

El término de calidad de vida es un referente fundamental del concepto de salud, ya que están relacionados a los modos o estilos de vida de los individuos que forman parte de una sociedad determinada. Aquí entra en juego

---

<sup>16</sup> En: Ballesteros, J (1997) Sociedad y Medio Ambiente. Trota,

<sup>17</sup> En: La calidad de vida como concepto. En: Servicio Social y Sociedad

<sup>18</sup> Idem.

los criterios que se toman a la hora de evaluar la calidad de vida de las personas de los diferentes países.

Si consideramos a la salud como un derecho universal, *“todas las personas deberían tener el mismo derecho de acceso a satisfacer sus necesidades elementales y de subsistencia para lograr una buena calidad de vida. Acceder a una buena alimentación, una vivienda digna, trabajo que le permita el sustento de su familia, educación integral y cuidado de la salud, entre otros conforma un conjunto de determinantes de la manera de vivir de las personas de una sociedad”* (Ferreyra, Sonia, 1991: 129)<sup>19</sup>. A pesar de esto se observa que dichos determinantes no se presentan como metas logradas o necesidades satisfechas, sino todo lo contrario.

Hasta aquí se han mencionado diversos factores que están en estrecha relación con el estado de salud de una persona, así como también del estado de salud de una comunidad, pero sería interesante discutir acerca del motivo de esta interacción de aspectos.

Parece pertinente preguntarse si siempre se tuvo una concepción de salud desde una perspectiva que abarque las dimensiones anteriormente mencionadas. Esto no es así, sino que la salud siempre estuvo relacionada con el concepto de enfermedad, en donde el hombre ha luchado por combatirla.

Sin embargo a pesar de que se ha podido combatir diversas enfermedades, hay que tener presente que éstas están asociadas a variables como ser edad, sexo, clase social, ocupación, modo de vida, factores que se encuentran conectados con la estructura, cultura y psicología de una sociedad. Del mismo modo, la atención a la salud dependerá también en parte de la estructura de la sociedad. (Rosen, G; 1985)<sup>20</sup>

Estas dimensiones marcan en gran medida el proceso de desarrollo que se produce en una sociedad en determinado tiempo y espacio, ya que la salud influye en el nivel de vida de una comunidad.

Una de las principales características del significado del desarrollo humano es que es utilizado por el hombre para mejorar cualquier aspecto de su vida, es decir que el hombre tiene opciones para poder lograr un futuro más confortable.

---

<sup>19</sup> Ídem

<sup>20</sup> Rosen, G (1985): De la Policía Médica a la Medicina Social

**CAPITULO II:**  
**LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO:**  
**FAMILIA Y MEDIO**

Se puede considerar a la familia como una compleja estructura. Es un sistema de relaciones interpersonales que se encuentra sometido a diversas determinaciones tanto de carácter histórico, cultural, económico, político, religioso, geográfico, etc.

En este trabajo se le dará especial importancia a la familia desde su naturaleza esencialmente social e histórica de su organización, también se la considerará como un sistema de relaciones interpersonales, donde emergen determinadas conductas de los individuos que la componen, pero que al mismo tiempo se encuentra situada en un contexto social que la determina. La familia es una organización en movimiento, que cambia a lo largo del tiempo, pero a la vez sostiene elementos que hacen que conserve su identidad como tal. Este grupo, se transforma a lo largo del tiempo, es depositario de expectativas de satisfacción, así como también un espacio de seguridad que no se encuentran en espacios más amplios.

Actualmente, la familia es requerida y es depositaria de exigencias sociales, a causa de la deserción de responsabilidades del Estado. De esta manera, la familia asume ser el garante de la salud física y mental, de sus hijos, también encontrándose en juego la educación de los mismos. Hay aspectos que influyen en la mediación de las relaciones sociales de las familias, uno de estos son los medios de comunicación (radio, televisión), que sustituyen a la familia en la transmisión de normas, costumbres, símbolos, valores, etc. También encontramos a los cambios en los sistemas de producción y empleo que influyen en la estructura de este grupo.

A partir de esto, podemos hablar de cierta fragilización de la estructura familiar, en donde encontramos una pérdida en la continencia hacia sus integrantes más vulnerables, sobre todo, niños, ancianos y enfermos. Se puede decir en palabras de Silvia De Riso que (2001: 80)<sup>21</sup> *"la crisis de la familia en el fin de siglo, su permanencia y su cambio, nos plantean nuevos y numerosos*

---

<sup>21</sup>De Riso (2001) En: La familia en los albores del nuevo milenio. Espacio. Argentina

*interrogantes que, transformados en preguntas pertinentes, pueden abrir necesarias e interesantes líneas de investigación”.*

La familia es el grupo primario más importante en el cual se inserta el ser humano. Pero hay que tener presente que a través de las épocas, las respuestas que las familias dan a sus integrantes han variado en función de los desarrollos técnicos y sociales, ideas y concepciones.

Para poder entender a una institución – familia- y a los acontecimientos que pasan en ellas, es necesario tener en cuenta al entorno social, las interrelaciones que hay con la cultura de la época en la que se encuentra y el movimiento existente entre lo macro y lo micro social. A lo largo de la historia, la familia ha pasado por diversos estados de transiciones, es así que se puede encontrar en la era patriarcal a la familia extensa, mientras que en la era industrial está la familia nuclear y urbana. En este panorama, se observan diversas variables, en donde la familia aparece como un espacio más íntimo, con menos miembros e independiente de otras instituciones sociales. Como punto de referencia, se está ante una cultura fundamentalmente urbana, en donde lo rural ha perdido importancia a lo largo de los años.

Algunos de los hechos que se pueden destacar son la creación de asentamientos, en donde conviven familias en relaciones no siempre equitativas y justas, emancipación de la mujer, igualdad de sexo, entre otras cosas, han llevado a las familias a la búsqueda de su espacio en una nueva cultura, dándole énfasis al núcleo de afecto que ella implica y llevándola a mantener su fuerza vital. Es así que se encuentran diversidad de nuevos modelos aún no consolidados. La cultura en la que nos encontramos actualmente, esta caracterizada por una diversidad en los niveles de vida de las personas y en la aceptación y reconocimiento del mismo. Pero, a pesar de esto, la familia se ha ido acomodando a todos estos cambios y al mismo tiempo ella ha sufrido sus propios cambios y crisis, pero se considera que sigue siendo un marco natural de apoyo tanto material como físico, siendo necesario para el desarrollo y bienestar de sus integrantes (Artola, A. y Piezzi, R.; 2000)<sup>22</sup>

Históricamente, las culturas tradicionales eran sociedades de familias. Muchas funciones imprescindibles al sistema social para su reproducción,

---

<sup>22</sup> Artola (2000): La familia en la sociedad pluralista. Espacio. Argentina

estaban en manos de las familias, orientando de esta manera el destino de los individuos. Sin embargo, en la modernidad se encuentra el hecho de que se sustrae al grupo familiar algunas de sus funciones; educación, producción y asistencia, poco a poco fueron pasando a ser funciones de otras instituciones. La familia moderna, sería una familia nuclear aislada en donde se presenta una disolución de las parentelas. Ahora estaríamos ante una pareja de conyuges que comparten su hogar con su descendencia más directa.

En el marco de una familia, es en donde se desarrollan los individuos, podemos encontrar aspectos centrales en el desarrollo del mismo. Estos pueden ser, el *autoestima*, considerándolo como aquellos sentimientos e ideas que los individuos tenemos de nosotros mismos; la *comunicación*, siendo aquellas formas que utilizamos para expresar nuestras ideas a los demás; el *sistema familiar* es el que va a pautar las normas de cómo debemos sentir y actuar; y finalmente se encuentra el *enlace con la sociedad*, siendo la manera de cómo nos relacionamos con otros individuos e instituciones que se encuentran ajenos al marco familiar. (Satir, V.:1991)<sup>23</sup>

La familia se encuentra en un contexto de cambios sociales, en donde se destaca alteraciones en los comportamientos y estilo de vida familiar. En este marco se pueden encontrar nuevas formas de estructurar la convivencia doméstica. Así, se puede decir que *“las estructuras familiares se han adaptado a los más diversos ambientes sociales, culturales, así como esos ambientes son, en alguna, medida, sus productos”*. (Scherzer, A.; 1994:39)<sup>24</sup>

A nivel general, la familia es colocada por la sociedad como pilar fundamental de la organización de la misma. Pero por otro lado, encontramos que está determinada social y económicamente, llevando esto a cierta atomización en los individuos que la componen; y de esta manera, la familia tiende a deshacerse, a fragmentarse.

Hay muchas definiciones de familias, resultando esto muy difícil realizar una definición única. Cada disciplina puede considerar a la familia desde su respectivo punto de vista, según lo que se quiera estudiar.

---

<sup>23</sup> Satir, V. (1991): Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax México. México.

<sup>24</sup> Scherzer, A. (1994): La familia. Grupo e instituciones. Desde la práctica hacia la salud. Ediciones La Banda Oriental. Montevideo – Uruguay.

## **II.1 - Acerca de la familia uruguaya**

Haciendo una reseña de lo que ha sido la familia en nuestro país, se puede decir que el grupo familiar se estructuró en base a la llamada familia nuclear- la pareja y su descendencia directa-. También existió la convivencia de muchas generaciones, configurando familias numerosas. En lo que respecta a Montevideo, éste se dividía en diversos barrios, cada uno con sus particularidades y diferencias entre ellos, que permitían su caracterización. Nuestra familia funcionaba a partir de normas heredadas de las generaciones, influenciada por los aspectos educacionales y pautas culturales.

Hay un conjunto de principios que se encuentran presentes en la mayoría de las familias, estos son los que le dan unidad a la misma y le permiten asimilarse a la comunidad con un funcionamiento armónico. Para que esto sea posible, es necesario que los principios que rigen en el interior de un grupo familiar sean semejantes a los de la comunidad en la cual se encuentran insertos. Según J. C. Carrasco (1968:205)<sup>25</sup>, en nuestro país *“la ciudad creció desordenadamente liquidando a los barrios. La vivienda se masificó y se alejó de la vereda. La vida del barrio se ha ido perdiendo lentamente al influjo de una urbanización no planificada y en la incidencia de otros factores que han gravitado sobre la vida de la gente, haciendo que ella cobre un ritmo y una inestabilidad incompatible con el transcurrir monótono y sosegado de las horas del barrio. Se modificó el tiempo y el espacio del hombre en la ciudad y esto incide en cada uno de los sectores de su vida”*. En este ámbito, el hombre tiene que dar una nueva dimensión a su existencia y la institución familiar cobrará un nuevo sentido.

Esto resulta interesante tenerlo presente, a la hora de reflexionar sobre los efectos que la institución familiar hace en los individuos, sobre todo si consideramos a este ámbito, como un espacio en donde el individuo se desarrolla como ser individual para llegar a ser un ser social a través del proceso de socialización generado por la misma. Así, se puede decir que todo lo que le acontece a la persona no se puede separar de la situación en la que ocurre ya que es un producto de algo aprendido del entorno. Los factores que

---

<sup>25</sup> Carrasco, J. (1968): Crisis del Uruguay: crisis de transformación. En: Perspectiva de dialogo. Montevideo - Uruguay

influyen en este proceso son el lugar en donde vive (espacio), momento considerado (tiempo) y hechos y acontecimientos que rodean la existencia del ser. Continuando con esto, Carrasco dice que *“existiendo un intercambio dialéctico entre el ser y su medio, ante cambios producidos en éste se ha de provocar necesariamente transformaciones en aquel”*. (Benítez, L; 2006: 26)<sup>26</sup>

Se plantea como condición primordial, cierta estabilidad en el ámbito existencial del individuo en desarrollo -el niño-, para poder determinar en él vivencias de seguridad. Este planteo parte del hecho de que el mundo del niño en edades tempranas, es el ámbito familiar, entonces se tiene que la condición esta dada por la estabilidad de este entorno, ya sea en el plano material como en el de sus significaciones. *“Pero como la familia no es una institución, ni lo puede ser, herméticamente cerrada, sino que por el contrario resulta siempre permeable a las influencias exteriores, en definitiva el niño esta también recogiendo de una manera permanente las tensiones y características del medio socio- cultural en el que dicha familia esta insertada”* (Benítez, L; 2006: 82)<sup>27</sup>

Así, todo tipo de cambio ocurrido en el entorno del niño, desde el cambio de cosas hasta la inserción a un centro educativo, implica ciertos períodos de adaptación al nuevo ambiente.

Es así como se puede percibir al hombre como un “ser en situación”, quien es producto y productor de la historia, así como también *“receptor y transformador potencial de la situación en la que vive”*<sup>28</sup>. El ser en situación es el reflejo de cierta situación que vive un individuo en un espacio determinado. Esta situación se da en el contexto que vive la persona, en la vida cotidiana. Al mismo tiempo que la situación es vivida por la persona, también lo es vivida por los grupos (ej. Familia) que tienen su cultura, valores, modos de relacionarse y comunicarse, etc.

La cotidianidad esta caracterizada por suponer para la persona una continuidad en el tiempo y espacio, por la reiteración en los contactos con las mismas personas, cosas y momentos que tienen el mismo significado para el individuo. Constituye un modelo de existencia, traduciéndose en fenómenos,

---

<sup>26</sup> Benítez, L. y otros compiladores (2006). Textos escogidos. ISBN. Montevideo - Uruguay

<sup>27</sup> Ídem

<sup>28</sup> Ídem pág. 82

como ser el carácter y la representación que tiene de sí mismo y del mundo el individuo; la forma como percibe las cosas y situaciones; la manera que se valoran y califican dichas cosas; y por último por las cosas en las que cree, sus ideales.

*“La vida del hombre común esta condicionada por una cotidianeidad fuertemente influida por las pautas impuestas por los grupos dominantes dentro del contexto social en el que transcurre su existencia”* (Benítez, L; 2006: 85)<sup>29</sup> La práctica de la vida cotidiana responde a un programa de estos grupos dominantes.

Se puede pensar a la vida cotidiana como algo “natural” del individuo, como algo que ya está dado sin ser cuestionado. Pero también es posible interrogar a esos lugares que le son asignados al sujeto, a condiciones concretas de existencia. Construir un pensamiento crítico de la vida cotidiana implica cuestionar lo evidente. Lo cotidiano significa “el cada día”, esto implica una reiteración sistemática de una acción. También se la puede vincular a lo cotidiano con aquello que está instituido, como algo “normal”. Así como en la vida cotidiana se encuentra un escenario del hacer tal o cual cosa todos los días, también existe cierto movimiento, en donde lo diverso, el azar, la incertidumbre juegan un papel importante en las heterogéneas prácticas que realizan los sujetos.

Es en este marco donde se producen sujetos con sus modos de pensar, hacer, sentir, subjetividades que en su conjunto forman un momento socio – histórico determinado. De esta manera se puede decir que vida cotidiana sería *“el conjunto innumerable y heterogéneo de prácticas en las que transcurre la vida de los sujetos y por sobre todas las cosas, de producción de subjetividad”* (Fernández Román, J.; Potesani, A. 2002:18)<sup>30</sup>. La vida cotidiana como campo se caracteriza por ser un espacio y tiempo que se encuentran en permanente construcción, nunca terminan de formarse. Por lo tanto, se encuentran elementos estáticos como son las costumbres, tradiciones, hábitos, así como también hay elementos que van teniendo lugar y que son únicos e irrepetibles. Un aspecto importante de la vida cotidiana tiene que ver con el carácter

---

<sup>29</sup> Ídem pág. 85

<sup>30</sup> Fernández, R. (2002): Psicología Social. Subjetividad y procesos sociales. Trádinco. Montevideo – Uruguay.

desparejo y poco uniforme que existe en las fronteras entre los espacios públicos y privados, estos espacios se penetran mutuamente, y se generan diversos intercambios. *“La esfera privada se desprivatiza, se reduce primero a la familia, luego al espacio de lo íntimo del individuo se producen movimientos que llevan a la publicación de lo privado y a la privatización de lo público, observándose una tendencia al ensamblamiento de la esfera pública y el ámbito privado”* (Fernández Román, J.; Potesani, A. 20002:21)<sup>31</sup>

Cuando las familias se enfrentan a la situación de criar un niño, se hace necesario pensar en cuidar a un individuo para que permanezca saludable, esto implica que tenga un crecimiento fuerte, se desarrolle y adquiera los conocimientos de acuerdo a la etapa de su crecimiento, se busca también un comportamiento equilibrado, con la capacidad de orientar su conducta a través de valores aceptados por la sociedad en la cual esta inmerso. Es importante tener presente y poder comprender estas características e implicancias de estas dimensiones, ya que forman parte de un desarrollo integral del niño. Hablar de un desarrollo integral, es decir que el niño necesita un cuidado que abarque distintos aspectos que se tienen que atender simultáneamente, en donde lo que se haga con algunos de los aspectos va a influir invariablemente en los demás. Esta relación se da tanto si se estimula al desarrollo de una de las dimensiones – en donde se genera un estímulo en las demás – como si se ignora las necesidades en alguna de estas dimensiones, que también va a repercutir en las en las otras.

Cuando el conjunto de las dimensiones de desarrollo del niño se encuentran en armonía, se constituye un estado de salud en el niño, caracterizado por una sensación de pleno bienestar, manifestándose en el establecimiento de interacciones sociales positivas. Se puede decir entonces que *“un niño es mucho mas que un conjunto de elementos biológicos, socioculturales, intelectuales y afectivos mezclados entre sí. Se trata más bien de un microcosmos, una síntesis, una totalidad integral que encierra en su interior toda la naturaleza y todas las circunstancias del mundo y del tiempo que lo rodean. Es un universo en miniatura, cuyas dimensiones están*

---

<sup>31</sup> Ídem

*estrechamente ligadas unas a las otras como en un ecosistema. Esas dimensiones fundamentales son: el niño como ser situado en el mundo, como ser en compañía de otros seres y como “ser hacia”, es decir, como proyecto”* (Puerta, M.P; 2002: 43)<sup>32</sup>

Considerar a los niños como seres situados en el mundo, es afirmar que su existencia esta influenciada en absolutamente todos sus aspectos, por el medio en el cual se desarrolla, así como también él influye en el entorno tan solo con su presencia. Los niños, como seres en desarrollo, tienen la capacidad de adaptarse al medio en el cual viven. Si viven en un ámbito sano y su alimentación es sana, van a tener más posibilidades y energías para conocer y cuidar de su mundo.

Los niños también son seres en compañía de otros seres, del mismo modo que ellos reflejan la influencia mutua que tienen con el medio físico, las personas con las cuales viven van a influir en la forma de cómo el niño va a percibir a los otros, al mundo, su manera de sentir y de comportarse. Es diferente el comportamiento de un niño que ha crecido rodeado de seguridad y de afecto; que el comportamiento de un niño que ha sido maltratado o abandonado. Lo mismo pasa con otros comportamientos como ser los hábitos, la forma de caminar y de hablar, etc.

Finalmente se dice que los niños son seres – proyecto, en el sentido de que son herencia de lo que han recibido de sus antepasados, y es a partir de allí que se va a ir moldeando. A través de la interacción con el medio es posible producir cambios en su vida y lograr nuevos aprendizajes, esto es un proceso que dura toda la vida. Las personas realizan su proyecto de vida con aquellos elementos que son aportados por el medio, según las circunstancias y las personas que están en el entorno. El logro de metas depende de la calidad y cantidad de estos elementos aportados por el medio en el proceso de desarrollo.

Se puede concluir, según María Piedad Puerta (2002:48)<sup>33</sup> que *“lo físico, lo emocional, lo social, lo intelectual y lo espiritual son diferentes aspectos que revelan las dimensiones humanas del ser, estrechamente ligadas entre sí. En*

---

<sup>32</sup> Puerta, M. (2002): Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos. Lumen Hymánitas. Buenos Aires - Argentina

<sup>33</sup> Ídem

*cada una de las acciones que realizamos a lo largo de nuestra existencia, estamos involucrando todo lo que somos”.*

En este sentido, se considera a la familia como lugar donde el niño debe crecer y desarrollarse. Pero de la misma forma que las condiciones de desarrollo y crecimiento son creadas por la familia, la sociedad al mismo tiempo puede dificultar o posibilitar el cumplimiento de esta tarea. Así, existen situaciones de pobreza, violencia, entre otras que viven muchas familias, y estas situaciones son las que dificultan el desarrollo de los niños, por una diversidad de deficiencias tanto físicas como emocionales que muchos niños padecen antes de nacer, por el simple hecho que sus padres lo han padecido antes que ellos. Esto se encuentra reflejado en la brecha que existe entre los pobres y los ricos, tanto a la interna de cada país como a nivel internacional, entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. (Puerta, M.P; 2002)<sup>34</sup>

### **II.2 - El entorno y la salud de los individuos:**

Se puede considerar al ambiente humano como un conjunto de variables que se relacionan entre sí en un sistema ambiental, el cual tiene una organización y una dinámica dada e interactiva con un sistema humano determinado. El ambiente esta definido por un sistema dado<sup>35</sup>. Existen dos categorías de ambiente; el *físico* incluye el aire, el clima, la ciudad, el campo, el ámbito de trabajo, higiene, condiciones físicas de vida, plantas y animales. Gran parte de estos factores se relacionan con las condiciones externas que afectan las posibilidades de satisfacción de necesidades del hombre a nivel material. Por otro lado, está el ambiente *social*, constituido por las relaciones interpersonales de las personas y grupos, de su calidad, como ser el acceso a un trabajo productivo, educación, acceso a la cultura, participación, etc. Estos factores se relacionan con aspectos externos que inciden en las posibilidades de satisfacer las necesidades no materiales.

---

<sup>34</sup> Ídem

<sup>35</sup> La familia en cuanto sistema presenta roles que implican relaciones de intercambio, al mismo tiempo que se encuentra con múltiples funciones, esperándose en ellas las satisfacciones en lo que respecta a lo biológico, psicológico y social. Este ambiente presente entre los miembros de las familias esta situado en un marco de valores.

Las condiciones del ambiente que rodean a las personas están relacionadas a la calidad de vida de la persona, concibiéndola como la resultante de la salud del individuo. (...) *“La salud depende de los procesos internos de la persona y del grado de cobertura de las necesidades; y la satisfacción de los procesos internos y del grado de cobertura de los deseos y aspiraciones”* (...) (Clasco, 1982:175)<sup>36</sup>. Por un lado, se considera a las necesidades como requerimiento para que los seres humanos se mantengan saludables, por otro lado están los deseo y aspiraciones que son aquellas formas que se buscan para cubrir estas necesidades, con sus respectivos satisfactores. Estos pueden provenir de la persona misma o del ambiente que rodea al individuo, las condiciones de este último inciden en la probabilidad de satisfacer las necesidades, deseos, aspiraciones y en su calidad de vida.

Los sistemas humanos tienen diferentes valores, que varían en función a los componentes económicos, sociales y culturales del ambiente. Muchos de los problemas relacionados con el ambiente se asocian a la pobreza y al subdesarrollo, mal desarrollo o hiperdesarrollo. Las acciones que se realizan sobre el ambiente van a depender del funcionamiento de cada sociedad y como ellas valoran su entorno. En términos generales, las sociedades en las acciones que realizan siempre están destinadas a cubrir necesidades tanto sociales como individuales.

Cuando se habla de cotidianidad, es preciso establecer que el barrio es el espacio de la mayor parte de las actividades del tiempo libre cotidiano, sobre todo en niños, adolescentes y ancianos. (Clasco; 1982)<sup>37</sup>.

Se puede decir entonces que el entorno, en relación al desarrollo humano constituye una dimensión central, ya que la reciprocidad que existe entre el hábitat y la persona resulta ser un soporte a la hora de conformar valores, sentimientos, comunicación, etc. El hecho de que el individuo pertenezca o no a un entorno social inmediato contribuye a la conformación de conductas, actitudes y comportamientos a nivel cultural que influyen en su desarrollo, y esto se da tanto a nivel individual como hacia el conjunto de ciudadanos tomados colectivamente. Cuando existe un desarraigo al entorno

---

<sup>36</sup> Clasco (1982): Medio ambiente y urbanización. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y Centro Internacional de formación en Ciencias Ambientales. Buenos Aires - Argentina

<sup>37</sup> Idem

hay más probabilidad de que la conflictividad social aumente y se refuercen sentimientos de desvalorización en las capacidades de las personas y es así que aumentan los niveles de exclusión social.

La exclusión social y la pobreza, sobre todo la urbana se manifiestan en los territorios, considerados como espacios concretos en donde estos fenómenos se reproducen. De esta forma, se generan zonas en la cuales se intensifican estas situaciones, caracterizadas por un aumento significativo de sus habitantes con dificultades para acceder a ciertos servicios básicos. En el caso de Montevideo se puede observar que a partir del año 2002 hay un proceso de expansión y reestructuración en la ciudad. (Paulo, L.; 2004)<sup>38</sup>

De esta manera se puede poder como ejemplo a los asentamientos, fenómeno que coloca a cierto número de la población en una ocupación desordenada en lo que refiere a los terrenos, caracterizados por la ausencia de servicios básicos.

Se consideran a los asentamientos *“como una forma de transformación social del medio natural, que posibilita las actividades de una comunidad con un cierto nivel de homogeneidad socioeconómica y de identidad entre sus habitantes”* (Veiga, D.; Rivoir, A.L.; 2005: 15)<sup>39</sup>.

Los habitantes de estas zonas se ven obligados a practicar diversas estrategias de supervivencia, muchas veces caracterizadas por estar excluidas del sistema formal de empleo, como ser la mendicidad, el reciclaje, la prostitución, etc., influyendo esto en la calidad y el bienestar del individuo y su familia. Se podría decir que en estos asentamientos la ciudadanía de muchos de sus habitantes se encuentra vulnerada en varias dimensiones; a nivel *político*, en el sentido de la poca participación y organización, a consecuencia de vivir en terrenos que no son propios, sino del Estado, lo que implica cierto riesgo en estas personas de ser expulsados de sus viviendas. En la dimensión *social*, los habitantes de los asentamientos tienen condiciones de vida caracterizadas por la pobreza, en donde el acceso a los servicios públicos son de muy baja calidad y en lo que respecta al ámbito *civil* a consecuencia de la inseguridad que en ocasiones se presentan en estas zonas, se genera en el

---

<sup>38</sup> Paulo, L. (2004): La ciudad como desafío profesional. En: Revista Regional de Trabajo Social Nº 30. EPPAL. Montevideo – Uruguay.

<sup>39</sup> Veiga, D. (2005): *Sociedad y Territorio*. Montevideo y Área Metropolitana. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo – Uruguay.

resto de la ciudadanía una estigmatización social sobre esta gente. (Bentura, J.P; 2003)<sup>40</sup>

En este contexto se puede observar, que las políticas llevadas a cabo con el objetivo de aumentar el bienestar de los sectores con bajos recursos no han puesto énfasis en los problemas de su integración en la sociedad, estas políticas operarían de tal forma que el mejoramiento de sus condiciones de vida traería como consecuencia vínculos con el resto de la comunidad.

Retomando el tema del desarrollo del individuo y enmarcándolo específicamente en estos espacios, se puede señalar algunas consideraciones realizadas por el Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales. Este grupo toma como referencia fundamental la crisis económica que afectó al Uruguay en el año 2002, plantean que la misma ejerció efectos sobre la salud social de los uruguayos, sumándose a un proceso de crisis estructural que se venía dando desde años atrás. En este sentido, establecen que en cuanto al desarrollo psicomotor hay más del 50% de los niños que nacen en situación de pobreza que presentan problemas en este tipo de desarrollo, este número supera por tres a lo de otros sectores poblacionales. Esta situación empeora a medida que la edad del niño avanza, lo cual condiciona los posteriores procesos de aprendizaje e inserción social. Con respecto al desarrollo emocional, se encuentra que en estos sectores hay más síntomas, como ser trastornos conductuales que van constituyendo patrones violentos.

Se plantea entonces, como fundamental que las políticas que son dirigidas a la infancia, en contexto crítico tendrían que tener un enfoque multidimensional, en donde se articulen estrategias que operen en los distintos ámbitos. Estas políticas también deben incidir sobre los contextos en los que los procesos de desarrollo y aprendizaje del niño tienen lugar, fundamentalmente en la familia. En este aspecto, se puede destacar que el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud intenta apuntar hacia esta perspectiva, ya que *“los programas que han mostrado ser efectivos se caracterizan por ser integrales, interdisciplinarios e intersectoriales, ser participativos, privilegiando la interacción del niño y sus cuidadores,*

---

<sup>40</sup> Bentura, J.P. (2003): Segregación territorial. El fenómeno de los asentamientos en Montevideo. En: Los debates actuales en Trabajo Social y su impacto a nivel regional. DTS – FSC – UDELAR. Montevideo – Uruguay.

*centrándose en los recursos del niño y su entorno y no en diagnósticos o prácticas compensatorias.” (Grupo GIEP; 2007: 96)<sup>41</sup>*

---

<sup>41</sup> GIEP (2007): Desarrollo Infantil e integración en la sociedad uruguaya actual. En: Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Cruz del Sur. Montevideo – Uruguay.

### **CAPITULO III:**

#### **LA POLITICA DE SALUD EN EL URUGUAY.**

##### **UN LUGAR PARA NUESTRA PROFESION**

En este capítulo es de especial importancia hacer referencia al proceso que ha tenido la sociedad uruguaya en lo que refiere a aspectos centrales de la salud. Entre estos aspectos se puede encontrar como factor fundamental a la modernidad y a los procesos de medicalización de la vida social insertos en ella. Este proceso hace referencia a una intervención en aumento en las relaciones sociales vinculadas a la salud. La salud pasa a convertirse en un problema político, a partir de la relevancia que se le da a la higiene pública y al valor que se le da al cuerpo como fuerza de trabajo.

El ámbito de la medicina, comienza a vincularse a otros espacios que no necesariamente tienen que ver solamente con el tema de la enfermedad y su cura. Este punto es de suma importancia, sobre todo a la hora de pensar en las formas de prevención y promoción en la salud, en donde la intervención del saber médico tiene lugar en la posibilidad de la existencia de una enfermedad y no solamente cuando ésta se manifiesta.

Hacia finales del siglo XIX este proceso ya se hacía evidente en la sociedad uruguaya. El mismo, se encontraba vinculado al proyecto político del batllismo, se esta ante un Estado que abarca todas las dimensiones del espacio social. Ciertos fenómenos sociales, como lo fue la población del campo que se dirigió a la ciudad de Montevideo y la llegada de inmigrantes, fueron propios de intervenciones en lo social, teniendo como objetivo la adaptación de esta población a pautas urbanas de comportamiento. Son dos los campos que se consideran como los fundamentales en el ámbito de desarrollo de estrategias de control y disciplinamiento, uno es la educación y el otro es la salud. La importancia de la educación radica en que se la considera una forma de crear ciudadanía. Al mismo tiempo compartía espacios con el campo de la salud, evidencia de esto es la creación del Cuerpo Médico Escolar y el surgimiento de profesiones consideradas un nexo entre la educación, la salud y

las familias caracterizadas por tener bajos recursos. Un ejemplo de estas profesiones es el Servicio Social.

Es importante señalar que en este período –tres primeras décadas del siglo XX- se produce una extensión de derechos tanto políticos como sociales, que contribuyen a la construcción de ciudadanía. Estos aspectos dejan de ser privilegios de determinadas personas y pasan a considerarse derechos fundamentales.

Es en este marco que en el año 1910 se crea la Asistencia Pública Nacional. Se encuentra también presente el movimiento higienista, que tiene como objetivo una reorientación de la asistencia social y la caridad hacia bases científicas. En este sentido, se pueden destacar una serie de aperturas de organizaciones e instituciones encargadas de llevar a cabo tareas de asistencia social, como ser: Hospital Pereira Rosell para la atención de niños (1908); refugio para embarazadas (1913); Escuela de Nurses, en donde se atendían enfermos (1914); creación de la maternidad (1915); Hospital Pasteur (1922); Hospital Pedro Visca (1927); hospital para tratar la tuberculosis como lo fue la Colonia Saint Bois (1928) y la Casa Maternal y sanatorios antituberculosos.

Un problema central a nivel sanitario que presentaba esta época era la mortalidad infantil, de cada 1000 niños que nacían morían un promedio de 200 antes de tener cumplidos los 2 años de vida. Las causas de estas muertes eran enfermedades que carecían de los cuidados necesarios, muchas veces por la ignorancia de su tratamiento por parte de los adultos. Se destaca entonces una creciente tendencia a agrupar un conjunto de problemas sociales al ámbito sanitario. En esta época se ubicaban a los problemas de la salud a determinadas situaciones, como por ejemplo el ambiente físico y la condición social de los individuos.

De esta forma se va creando espacios sociales que ameritaban intervenciones de actores no médicos, con el objetivo de hacer cumplir las disposiciones médicas, el ejemplo mas claro de esto es el control de las enfermedades infecciosas como lo eran la sífilis y la tuberculosis. Se le da importancia al papel que jugaba la madre en el espacio doméstico. Aquí se marca una diferencia interesante entre la familia burguesa y las familias populares. Mientras que las primeras podían tener acceso a documentos elaborados por médicos de cómo criar y educar a los hijos; en las segundas se

observa una intervención de otra índole, hay una tendencia a establecer cierta alianza entre la familia y la medicina.

En este proceso de medicalización de la sociedad uruguaya se destaca un rol creciente de la figura del médico a la hora de tratar las enfermedades, hasta el punto que logró monopolizar dicha tarea. Esto se ve reflejado en las instituciones (hospitales), en donde el médico ya no es un agente subordinado. Anteriormente a estos hospitales se los consideraba espacios de cuidados más que de curación; y es el médico quien está en condiciones de cumplir con esta última tarea, y fue así que la cantidad de enfermos que se atendían en los hospitales crecía de forma considerable.

En cuanto a la tarea de prevención, se puede sostener en palabras de Schiaffino que *“la visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe depositar los peligros que la salud amenazan (...) La propulsora de los medios modernos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénica”*<sup>42</sup>. Esta tarea de prevención se debía de realizar en diversos espacios, los cuales abarcan desde el ámbito escolar, pasando por el hogar hasta el lugar de trabajo. El objetivo consiste en otorgarle a una parte de la sociedad un servicio que tenía como finalidad aumentar el bienestar social.

En el año 1934, se observa que en el campo de la legislación social, se encuentra la formulación del Código del Niño, así como también la creación del Ministerio de Salud Pública. En este período – el terrismo- se fundaron varias instituciones que llevaron a cabo diversas políticas sociales años después, se puede expresar como una expansión de las políticas sociales. En esta misma línea se crea el Consejo del Niño, que tendrá la tarea de ocuparse de todos los problemas relacionados con la infancia, desde la gestación hasta su desarrollo, abarcando su bienestar a nivel general (higiene, educación, trabajo). El papel que se le da a la familia es significativo, a la vez que se establecen diversos mecanismos de inspección y vigilancia continua a la familia. Esta tarea es

---

<sup>42</sup> Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo I N° 3: 341, 1928. Extraído de Ortega E, El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. TRILCE. Montevideo, 2008. Pág.47

asignada a la visitadora social. El Código del Niño sostiene que la visitadora social debe intervenir en la *“organización y regularización de la familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura, alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlo a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever”*.(Ortega, E; 2008: 56) <sup>43</sup>

En cuanto a la creación del Ministerio de Salud Pública, ésta se realizó por medio de la fusión de los dos organismos que hasta el momento se encontraban a cargo de los problemas de la atención médica; estos eran el Consejo Nacional de Higiene en el área preventiva y el Consejo de la Asistencia Pública Nacional, en el área asistencial. Fue así como en este período las políticas sociales y de salud se reorganizan, y esta organización establecía que la salud es una obligación de cada habitante, en donde el Estado tiene que garantizar de forma gratuita solamente en caso de indigencia (según la constitución de 1934).

Unos años después -1942-con la reforma constitucional, la política de salud le da más prioridad a las tareas de índole preventiva, centralizándose en el Estado, un ejemplo de esto son las vacunaciones masivas. También se destaca la creación de centros de salud y proyectos sanitarios, tanto en Montevideo como en el interior del país. En el ámbito internacional, en 1945, se crea la ONU y con ella la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Este es un período de consolidación de un Estado de bienestar, que tiene como consigna *“privilegios para todos”*, con las ideas de progreso, justicia social, libertad, democracia y orden.

En palabras de Elizabeth Ortega (2008: 77) parece pertinente señalar que *“a mediados del siglo XX, se observa un nivel de inflexión en el saber*

---

<sup>43</sup> Ortega E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. TRILCE. Montevideo.

*científico sobre la dimensión colectiva de la salud, con la asignación a lo individual de un papel relevante en la génesis de las enfermedades (...) Se asiste a una fuerte individualización y familiarización de los riesgos sanitarios a través de la asignación de un papel preponderante a los factores provenientes del ambiente del individuo y del medio familiar en la producción de la salud y la enfermedad”.*<sup>44</sup> Se trata de transformaciones en las respuestas sociopolíticas y transformaciones en el saber de la etiología de las enfermedades. Todo esto constituye aspectos que se asocian al proceso de institucionalización del campo de la salud. Aparece en el pensamiento médico – y en los no médicos también- un creciente interés en la importancia que tiene el hecho de enseñar la higiene y la medicina preventiva. Esto permite crear una concepción de que la tarea de la prevención solo se puede llevar a cabo con la participación de diversas disciplinas, siendo la educación un canal efectivo para lograr la prevención de una enfermedad, la tarea educativa se debe de realizar durante toda la vida del individuo, si es que se quiere obtener un resultado positivo, de igual forma es importante el período de la infancia para la adquisición de ciertas conductas. Se sostenía la idea de que tanto la educación como la salud eran los pilares básicos del bienestar, progreso y paz social. Es tarea del Estado poner a disposición de todos, los medios necesarios para acceder a la instrucción y a la salud.

En este espacio el Servicio Social cumple su rol, bajo la consigna de la prevención y considerando a la salud como un “completo estado de bienestar”. En este sentido, se toma a la familia como un espacio de privilegios para la consolidación de pautas higiénicas, convirtiéndose al mismo tiempo en el campo de múltiples intervenciones tanto política como técnica. En el año 1954 con el apoyo de la ONU se crea la Escuela de Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública.

Se puede considerar que en el período comprendido entre 1955 – 1985, el sector de la salud en nuestro país se encuentra en crisis. El Ministerio de Salud Pública presentaba significativas carencias de recursos, lo cual imposibilitaba una atención adecuada de sus usuarios. En lo que refiere a las instituciones de asistencia médica de carácter colectivo tampoco tenían las

---

<sup>44</sup> Ídem

condiciones económicas para una buena atención. Por otra parte, se destaca que la atención médica continuaba centrándose en las acciones de recuperación y no de prevención. Había un común acuerdo de la existencia de la necesidad de llevar a cabo un periodo de transición, en el cual se estableciera el Sistema Único de Salud, éste debía ser financiado por el Estado y debía organizarse de forma regional. Esta propuesta puede considerarse como consecutiva de los planteos que estaban presentes en los años anteriores a la dictadura (Sindicato Medico del Uruguay).<sup>45</sup>

En esta marco, se destaca, que en el año 1985 comienzan a diseñarse nuevas políticas de salud a partir de de ciertas necesidades detectadas por el MSP. De esta manera, está la ley de creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creándose al mismo tiempo el Programa de Medicina Familiar, con este programa se pretendía obtener un cambio en el impacto socioeconómico, cultural y de salud de la comunidad. Se toma a la familia como centro, enmarcada en una política motivada por la *“dificultad para las coordinaciones intersectoriales, interinstitucionales, superposición de recursos, énfasis en la alta tecnología, problemas en la sensibilidad de los servicios de salud, demoras en las definiciones diagnósticas y terapéuticas, dificultades en la personalización de la atención, referencia, contrareferencia, seguimientos de pacientes, registro y archivo, escaso tiempo para el desarrollo de actividades de promoción de salud, escasa participación comunitaria, un paciente poco gratificado y profundas disparidades en la calidad de vida que presentaban los distintos estratos de la población con especial afectación de niños y mujeres que vivían en situación de pobreza crítica”* (Quarnetti, F. 1997:123)<sup>46</sup>

Con la ley de creación de ASSE – ley 15.903- se crea un organismo descentralizado, vinculado al Poder Ejecutivo a través del MSP. Para su funcionamiento se previa crear un Fondo Nacional de Recursos en base a los aportes de toda la población de manera proporcional a sus ingresos. La descentralización implicaría cierta autonomía necesaria en la organización sanitaria, la cual comprometía a la comunidad en la gestión de salud. ASSE se

---

<sup>45</sup> En [www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turrene/3las.htm](http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turrene/3las.htm)

<sup>46</sup> Quarnetti, F. (1997) Género, Familia y Políticas Sociales. Modelos Para Armar. Trilce, Uruguay.

encargará de la de la organización en la atención del primer nivel de salud, llevada a cabo principalmente por médicos de familia. Este aspecto se contrapone al modelo de atención individual presente en todo el resto del sistema de atención. El primer nivel de atención hace referencia a los consultorios, policlínicas y centros de salud, una de las funciones que tienen este nivel es facilitar las coordinaciones entre los sectores e instituciones para generar un servicio básico de salud con calidad en sus prestaciones. A partir de determinadas dificultades, desarrollar programas en respuesta a los mismos, se pone énfasis en la prevención, educación y promoción de conductas saludables, se apoya a la participación comunitaria. De esta manera se busca una capacidad que se ajuste a la demanda del individuo y de su familia en relación con su medio ambiente. La medicina familiar es una especialidad que nace de la necesidad de atender aspectos sociales de la comunidad y del Estado. El primer contacto que tiene el paciente es con el médico de familia, es su entrada al sistema de salud. Este profesional forma parte de un equipo que pretende llevar a cabo *“una atención continua, integral, personalizada y de buena calidad y el cuidado integral incluye servicios preventivos, de diagnóstico terapéutico, de rehabilitación y mantenimiento de la salud”* (Quarnetti, F. 1997:125)<sup>47</sup>

En 1985 el MSP y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) firman un convenio con el cual se instalan policlínicas en los barrios. Tienen como objetivo atender el primer nivel en coordinación con los centros de salud del Ministerio.

Es así que se puede describir al sistema de salud uruguayo como mixto (público y privado). El sector público es el encargado de atender a las personas de bajos recursos, mientras que el sector privado atiende a los grupos con recursos medios y altos. Este sistema se encuentra regulado por diversas instituciones<sup>48</sup> que brindan sus respectivos servicios. (Organización Panamericana de la Salud; 2002)

Para que una persona pueda hacer uso del sistema de salud pública, existen diversos tipos de carné de asistencia, también conocidos con el nombre

---

<sup>47</sup> Ídem

<sup>48</sup> Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco de Previsión Social (BPS), Universidad de la República (Udelar), Sanidad de Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Seguros del Estado (BSE), Intendencias Municipales, Mutualistas y Cooperativas

de carné de pobre. Estos son cuatro: el carné gratuito, para personas que su ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, los que tienen este carné no pagan por los servicios prestados; en segundo lugar hay un tipo de carné, en donde hay quienes tienen que pagar un 30% del arancel y otros un 60%, esto depende del nivel de ingreso de las personas; como tercer tipo de carné se encuentra el materno infantil, dirigido a embarazadas y hasta los seis meses después se atiende también de forma gratuita al niño menor de un año; finalmente ,está el carné de asistencia vitalicia, para pasivos con más de 65 años de edad y a menores de 65 que tengan incapacidad laboral.

En este marco se tiene que tener presente que, cuando el individuo se encuentra en la situación de tener que asistirse en una institución del área de la salud, es importante señalar que la condición social del paciente va a jugar determinado rol, lo cual va a influir en las relaciones que tiene con el técnico (médico, enfermera, etc.) y en muchas ocasiones estas relaciones pueden afectar la calidad del servicio en lo que refiere a la transmisión de información del estado de salud de la persona. *“Muchos estudios y teorías sostienen que la distribución de la buena salud sigue los lineamientos de la estratificación social. Afirman que cuanto mas alta la clase social, mayor es la tendencia a disfrutar de buena salud tanto física como mental, a acceder a sistemas de atención medicas superiores y a tener una larga vida”* (Helsin, 1997:519)<sup>49</sup>. En este sentido, se puede decir que si existe una asimetría entre médico – paciente que puede traer como consecuencia efectos en el proceso de diagnóstico y acción terapéutica. (Hernández F; 2006)<sup>50</sup>

### **III.1 - Hacia una nueva política de salud**

En primer lugar, resulta pertinente destacar, que durante los últimos años, en el Uruguay se vienen desarrollando nuevas políticas sociales dirigidas principalmente a sectores de la sociedad caracterizados por su bajo ingreso económico. Una de las manifestaciones más significativas de estas políticas es la creación del Ministerio de Desarrollo Social. Se puede decir en palabras de

---

<sup>49</sup> Hernández, F. (2006) Pobreza y salud pública. Aspectos sociales de la relación entre usuario y personal de salud. Cuadernos del CLAEH N° 92 Año 29.

<sup>50</sup> Idem

Javier Lasida (2006: 37)<sup>51</sup> que “es el avance más importante registrado en los veintidós años de posdictadura orientado a superar, o más bien a equilibrar o complementar, la pesada y poderosa estructura sectorial de nuestras políticas sociales”. Muchas de estas focalizadas en la educación, empleo, seguridad social, salud, alimentación, etc. Este organismo llevó a cabo el Plan de Emergencia que según el autor “constituye la primera intervención social del Estado uruguayo de carácter no sectorial” (2006: 37)<sup>52</sup>. La pobreza, en nuestro país, históricamente comenzó siendo rural y luego se expandió – en la segunda mitad del siglo XX- a las ciudades. En la actualidad se pueden encontrar familias que son descendientes de varias generaciones de pobres. Esto trae como consecuencia que estas familias tengan sus particularidades, entre ellas, formas propias de generar ingresos, barrios en común, una cultura con códigos, valores y comportamientos diferentes a los de otros sectores de la sociedad predominantes. También se destaca la dificultad que tienen para acceder a ciertos bienes y servicios. Es por esto que las políticas llevadas a cabo de forma sectorial pueden ser insuficientes para estas familias que son de bajos recursos desde generaciones anteriores, mientras que pueden ser efectivas para familias que están excluidas recientemente o por un período determinado. (Lasida, J; 2006)<sup>53</sup>

Para llevar a cabo la reforma de la salud se parte desde una concepción la cual establece que todas las políticas sociales tienen que ser el resultado de los ingresos tributarios del Estado; y en este sentido es importante plantearse el carácter que tienen estos recursos, dónde se originan y cómo llegan. Este aspecto lleva al cuestionamiento de la supuesta política neoliberal que estaría llevándose a cabo, si es que se considera como neoliberal, a aquella en donde el Estado prescinde de las regulaciones públicas en el sector privado. De esta manera, se puede caracterizar al gobierno actual, como un gobierno que quiere hacer una recuperación del rol de rector. Si se parte de la definición de política social planteada por Daniel Olesker (2005:47)<sup>54</sup> como un “conjunto de

---

<sup>51</sup> Lasida, J. (2006) Las políticas sociales de última generación y el Plan de Emergencia en Uruguay: la asistencia como recurso para la integralidad. Cuadernos del CLAEH N° 92 Año 29.

<sup>52</sup> Ídem

<sup>53</sup> Ídem

<sup>54</sup> Olesker, D. (2005) Financiamiento de las políticas sociales progresistas: el caso del sistema nacional de salud. En: Políticas Sociales. De la emergencia a la transformación social. Casa Bertolt Brecht. Montevideo.

*herramientas e instrumentos que permiten la integración de una sociedad. La integración de aquellos que están excluidos es una parte de esa integración, pero también en la movilidad y la integración social permanentes es un objetivo central*". Forman parte de este concepto las políticas de alimentación, de salud, educación, seguridad social, vivienda, entre otras. Se puede considerar a este conjunto como fundamental en la conformación de un bienestar social.

En cuanto a las políticas tributarias, éstas serían los instrumentos que le permite al Estado recaudar ingresos. En este contexto, si no hay recaudación, las políticas sociales no existen porque el país tiene que recaudar lo suficiente como para poder financiar las antedichas. Esta recaudación tiene que tener un carácter progresivo, esto se manifiesta en la incorporación del impuesto a la renta de las personas físicas (IRPF), que tiene como objetivo a la redistribución.

La propuesta que se hace para la reforma de la salud, es hacer una combinación de la participación pública con la privada, con un fondo único de financiamiento. Los hogares que antes pagaban una cuota fija, ahora pagan un porcentaje de sus ingresos al fondo. Esto tiene como objetivo que luego de que la política social de salud se financie con fondos públicos, progresivos y sean aportados por los ingresos, cada uno pueda recibir una atención integral adecuada. De esta manera, la política de salud se dirige a la universalidad porque todos entran, en función de sus ingresos que aportan al fondo. (Olesker, D; 2005)<sup>55</sup>.

Este cambio se da en el marco de un planteo el cual sostiene que se estaría pasando de un modelo liberal, aperturista, concentrador y excluyente a un modelo inclusivo definido por el programa del Frente Amplio como *"aquel que logra que su estructura y dinámica productiva se articule con la sociedad a través de una mayor participación, integración y cohesión social; y que por lo tanto logra que los beneficios del incremento de la producción se traduzcan en mayor bienestar para toda la población. El bienestar contempla la capacidad de consumo de bienes, pero también la capacidad de desarrollo individual y social por el respeto a los derechos humanos, derecho a la vida digna: salud, educación, vivienda, libertad de pensamiento y expresión, etc. El mayor*

---

<sup>55</sup> ídem

*bienestar es producto de que el modelo le brinda a toda la población oportunidades de participación de los beneficios a nivel productivo, social y político. En suma, un modelo inclusivo se caracteriza por una estructura y dinámica productiva y de la distribución del ingreso, dinámicamente eficiente, socialmente responsable y socialmente aceptada. Por ello en este modelo es clave la redistribución de la riqueza la que se logra a través de tres ejes centrales: empleo, ingresos y políticas sociales” (Olesker, D; s/d: 56)<sup>56</sup>*

Las principales reformas que son impulsadas en lo que refiere a la redistribución y la inclusión son la reforma educativa, plan de equidad, red de protección social, reforma de la salud y reforma tributaria. En esta línea, la salud en Uruguay se considera que era de baja calidad, en donde se priorizaba el modelo asistencial y hospitalario, dejando de esta manera a un lado el primer nivel de atención y la promoción y prevención en salud que éste implica. El compromiso que se plantea el gobierno con la salud estaría basado en abordar la salud como un bien social, un derecho humano fundamental. Responsabilidad del Estado, en donde la atención este orientada por principios de universalidad, continuidad, oportunidad, calidad, interdisciplinariedad, centralización de las normas y descentralización en la gestión, participación social, etc. El cambio en el modelo le da fundamental importancia al primer nivel de atención, siendo su estrategia principal la promoción y la prevención, implicando un fortalecimiento de las policlínicas y centros de salud, que posean equipos interdisciplinarios que hagan un abordaje integral incluyendo áreas como ser la salud bucal, ocular y mental que hasta entonces se encontraban excluidas. Son once los programas que se encuentran en curso: salud mental, control de tabaco, prevención de accidentes de tránsito, nutrición, ITS/SIDA, salud bucal, adolescencia, adulto mayor, discapacidad, salud de la mujer y género y control del cáncer.

Los aspectos fundamentales del Seguro Nacional de Salud radican en aportes de los usuarios según su ingreso familiar, aportes de las empresas tanto públicas como privadas, éstas son proporcionales a la cantidad de salarios de sus empleados. Para llegar a la cifra requerida, será el Estado que

---

<sup>56</sup> Sistema Nacional Integrado de Salud. Cada cual aporta según su ingreso y recibe de acuerdo a sus necesidades. En [www.onsc.gub.uy/gxpsites/Archivos%5CPublicaciones%5CRevistaONCS%CR33%5](http://www.onsc.gub.uy/gxpsites/Archivos%5CPublicaciones%5CRevistaONCS%CR33%5)

complementará estos ingresos con el aporte presupuestal. El cobro de cuotas de forma diferenciada, según sexo, edad y otras, le posibilita a la institución un equilibrio entre los ingresos y los costos de su atención. A partir de convenios de acuerdos a protocolos y aranceles definidos a nivel nacional se coordinará los recursos y prestaciones entre lo público y lo privado. El seguro Nacional de Salud es administrado por la Junta Nacional de Salud, el Sistema Nacional Integrado de Salud brinda asistencia médica integral a todos los trabajadores que antes no tenían cobertura en salud, se produce un fortalecimiento del sector público a partir de un excedente de los aportes de funcionarios y organismos que emplean, con respecto al costo de las cuotas de salud que se transfieren a ASSE para el mejoramiento de sus recursos, se integran a ASSE las personas que reciben prestaciones de salud por el BPS. (Olesker, D.)<sup>57</sup>

Es así, como a partir del 1º de enero del año 2008 se aplica el nuevo Sistema Nacional de Salud, que implica que los menores de 18 años y discapacitados van a tener cobertura médica en instituciones médicas públicas o privadas, para acceder a éstas últimas es necesario que al menos uno de los padres o tutores haga el aporte correspondiente al BPS. También contarán con cobertura, los jubilados con ingresos menores a \$4.900 y todos los que se retiren luego de esta fecha. Aquellas personas que no tengan menores a cargo tienen que firmar una declaración jurada<sup>58</sup> para que la empresa para la cual trabajan la envíen al BPS, esto tiene como finalidad no hacer los descuentos que se les hace a los trabajadores que tienen personas a su cargo. Por su parte, aquellos que sí tienen menores o discapacitado a cargo podrán elegir afiliarse a sus hijos a una mutualista o ser atendidos en los hospitales de ASSE. Es importante aclarar que el descuento se realiza a ambos padres.<sup>59</sup>

En síntesis, se pueden plantear algunas ideas expresadas en un informe de la Comisión de Diputados acerca de los fundamentos que tiene esta ley:

- Integra a la cobertura formal un núcleo de trabajadores del Estado que carecían de cobertura asistencial.

---

<sup>57</sup> Ídem

<sup>58</sup> Ver formulario en anexos

<sup>59</sup> DiarioSalud.Net 7 de diciembre del 2007. [www.diariosalud.net/](http://www.diariosalud.net/) - 55k

- Crea un Fondo Nacional de Salud (FONASA), vinculado en una primera instancia a la seguridad social, con aportes de trabajadores y empresas privadas.
- Los aportes excedentes del Fondo se dedicarán a fortalecer el subsistema público.
- Incentivar cambios en el modelo de atención, tendientes a la prevención y control mejorando su acceso.
- Racionalización de la cápita por usuario, se traslada un sistema en donde se favorece a quienes tienen la cuota más cara, a una forma de cobrar por edad, sexo y riesgo. La cápita es igual para todos los prestatarios del sistema y es definida por el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas.
- Los que aporten a la seguridad social pueden optar por el sistema público o privado.
- Los trabajadores incluidos en esta ley son integrantes de la Administración Central, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, Tribunal de lo Contencioso Administrativo e INAU. Se excluye a los funcionarios del Ministerio del Interior y de Defensa que tienen su propia cobertura.<sup>60</sup>

Con la Ley N° 18.131<sup>61</sup> se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de esta manera se sustituye lo que antes era DISSE y será administrado por el BPS.

**Nota de campo:** En una entrevista dirigida al Director General del MSP – Daniel Olesker- plantea que el sistema de salud privado estaba y está preparado para recibir a los nuevos socios, sostiene que a pesar de que se cerraron varias instituciones hace unos años, las grandes estructuras fueron recuperadas por otras instituciones. También expresa que el sistema público está preparado para ser elegido por los trabajadores.

Otro aporte que se puede realizar de esta entrevista es la concepción que el Director General del MSP tiene con respecto a la sostenibilidad del nuevo sistema en futuros gobiernos, independientemente si gana el actual u

<sup>60</sup> DiarioSalud.Net 21 de mayo del 2007. [www.diariosalud.net/](http://www.diariosalud.net/) - 55k

<sup>61</sup> Ver Ley 18.131 en anexos

otro. Olesker plantea que en caso de que gane el actual gobierno, se va a continuar con esta reforma, la cual es un proceso que recién comienza. Sin embargo, en caso de que gane la oposición sostiene, que es difícil que la política llevada a cabo retroceda, que lo que puede llegar a pasar es que se congele pero no que desaparezca.

## CAPITULO IV: INTERVENIR EN LA SALUD

En este capítulo, en una primera instancia, resulta interesante hacer una reflexión acerca de cómo, la medicina aborda su objeto de trabajo, siendo en un principio el cuerpo enfermo. Pero éste no sería el único objeto de su práctica, también lo es el cuerpo sano, siempre y cuando la práctica admita medidas preventivas. Es importante tener presente, que en la medida en que se aísla al objeto de trabajo – cuerpo enfermo o sano- la práctica estaría perdiendo eficacia porque se lo abordaría desde una perspectiva abstracta, dejando de lado el contexto en el cual se encuentra inserto, éste tiene diversas determinaciones, ejemplo de esto podría ser el proceso de transformaciones que ha transcurrido la medicina, en el ámbito de conocimiento por un lado, y en el ámbito de la práctica por otro, estas circunstancias específicas serían cuestiones concretas. Una de las manifestaciones más claras de esto es el hecho que determina que el cuerpo enfermo pasa a ser de un objeto de trabajo a ser una mercancía; y es así como se produce una comercialización de la medicina invadiendo el quehacer social. De esta manera, la relación que se genera entre el médico y el paciente deja de tener el carácter humanitario que se espera de ella. Se convierte en *“una relación de transacciones comerciales entre un cliente y su proveedor, independientemente de si el servicio prestado responde a las necesidades de la persona que lo recibe”* (Testa, M.; 2006:53)<sup>62</sup> Es así, que muchas veces se realiza en el ámbito de la medicina una fetichización del cuerpo enfermo. El médico, a la hora de llevar a cabo su práctica tiene que tener una teoría científica aceptable que la sustente, también es importante que sea reconocida como tal por el Estado, ya que es un profesional que tiene que cumplir con los requisitos que le exige la burocracia. En el desempeño de su tarea, el médico tiene dos funciones: una médica y otra social.

La primera de ellas es el resultado de su formación académica, curar a los enfermos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. La función social es el resultado de su práctica cotidiana, para esta función, el médico no

---

<sup>62</sup> Testa, M. (2006) Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

ha recibido formación de índole académica, en muchas ocasiones el médico no sabe que esta realizando dicha función. Esto estaría relacionado con las condiciones sociales, en las cuales se desempeña la práctica médica, que están fijadas por el Estado. La institución médica como tal, y las prácticas que desarrollan, tienen una función en los procedimientos de control que se ejercen desde otros ámbitos hegemónicos que utiliza el Estado para legitimar su existencia. Con esto se puede decir que un cambio social implica un cambio en la función social de los médicos.

Es por esto que hay que tener presente el momento histórico en el cual se esta analizando dicha función, ya que no siempre la función del médico estuvo en manos de profesionales de la salud. El cuerpo de los seres humanos a lo largo de la historia se ha transformado, tanto en lo que respecta a sus características anatómicas como a las fisiológicas, se estaría ante una construcción permanente, en un proceso evolutivo, el funcionamiento de esta construcción se adapta constantemente a las condiciones de existencia de los seres humanos. En este sentido, se puede considerar al desarrollo del cuerpo como un signo, el cual se ve manifestado de múltiples formas: *“el bienestar físico que produce un trabajo manual realizado en ciertas condiciones, la satisfacción al completar un trabajo intelectual, el placer que produce el amor y la belleza con que se muestra en la pareja, la fuerza que muestra el cuerpo en el combate, el bienestar, la satisfacción, el placer, la belleza y la fuerza de los cuerpos felices”* (Testa, M.; 2006:73)<sup>63</sup>. Estas manifestaciones han ido cambiando a lo largo de la historia. Desde esta perspectiva, la expresión de un cuerpo feliz sería la salud, donde lo contrario sería la enfermedad.

Desde un punto de vista social, se puede considerar que el conjunto de los cuerpos vivos de los individuos en relación forman un cuerpo social y este sería el verdadero objeto del trabajo médico. Esto es así porque todo cuerpo individual, se encuentra en relación con los demás; que conforman una sociedad, dándole un carácter humanitario a sus cuerpos, este es un aspecto que tiene que ser considerado por el médico a la hora de enfrentar la labor, prestando especial atención a la inserción del individuo en los procesos sociales.

---

<sup>63</sup> Ídem.

Como en toda actividad, el sector de la salud presenta niveles de poder, que resulta pertinente hacer referencia a los mismos. Se pueden identificar tres tipos: el técnico, administrativo y político. En estas actividades, cada individuo desempeña su capacidad, siendo de forma individual, en grupo o institucionalmente. El poder técnico esta caracterizado por la capacidad que tiene de generar y manejar distinto tipo de información, como ser, la *médica*, relacionada con el paciente; *sanitaria*, referente a las enfermedades y su impacto en la población; *administrativa*, correspondiente a los recursos de producción, costo y productividad, esta información servirá de insumo a la hora de tomar decisiones; por último esta el *marco teórico*, que es utilizado por el poder técnico y refiere básicamente a las causas de las enfermedades. Este tipo de información es de especial importancia, ya que se encuentra pasando por un cuestionamiento, en donde se esta intentando elaborar nuevos paradigmas. Acá entra en juego distintos ámbitos como ser, el docente de las ciencias relacionadas con la salud, la investigación referente a la salud realizadas por diversas instituciones; el ámbito de servicios y administración correspondientes a la discusión centralización – descentralización y el ámbito poblacional que identifica a los grupos sociales en circunstancias específicas.

El poder administrativo, se manifiesta a través de las formas de financiamiento, elemento organizador de los subsectores del sector salud, entre estos, se encuentra el subsector público que representa la actividad oficial, el subsector privado que se manifiesta con las distintas modalidades de prestación; y el subsector intermedio destinado a la atención de los trabajadores y sus dependientes. Cada subsector tiene su forma de financiamiento, su modo de prestar el servicio, una población específica a la que destina su actividad. También existe entre ellos comunicaciones por medio de la superposición de coberturas en donde se configura una red de servicios compleja. Estas características están relacionadas con factores estructurales de la sociedad misma y con el papel que cumple el Estado en la seguridad social de sus ciudadanos.

El poder político, es *“la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses”* (Testa, M.; 2006: 118)<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Idem.

Este poder se intercepta con el poder técnico y el administrativo a través de prácticas de dominación y saber empírico hegemónico. El reflejo de las prácticas gubernamentales es la asignación intersectorial de recursos, lo cual tiene sus efectos sobre la población, tanto en los conflictos políticos relacionados a los intereses de las actividades sectoriales, como en los usuarios de los sectores, sobretodo en grupos menos favorecidos. Con respecto a la asignación de recursos, ésta tiene que tomar en cuenta dos aspectos – el económico y el social – para poder encontrar una estrategia de intervención que logre alcanzar una mejor calidad de vida, en el corto y largo plazo.

#### **IV.1 - Primer nivel de atención.**

El contexto de la atención primaria de salud, va a depender del sistema de salud en el cual se encuentra inserto. El objetivo principal de este nivel de atención es que sea una puerta de entrada al sistema de salud, para esto resulta necesaria la presencia de un equipo muy bien calificado, para poder responder de forma adecuada y poder dar orientación hacia determinado sector del sistema. Por otro lado, se plantean diversos factores que dificultan que este nivel responda a las necesidades de la población, esto pasa en sociedades que no han logrado establecer un sistema regionalizado y con un sistema de referencia, sucediendo muchas veces que *“la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva en salud”* (Testa, M.; 2006: 163)<sup>65</sup>, con la justificación de que es mejor alguna atención que ninguna, convirtiéndose de esta manera el único servicio donde la población puede dirigirse. Esto lleva a una calidad en el servicio negativa ya que no cumple con el nivel requerido (ser puerta de entrada).

Este nivel de atención es característico en sociedades de tendencias políticas socialistas que cuentan con un sistema único de salud, en donde los servicios responden a una sola administración. De esta forma, se hace posible un tratamiento uniforme de los problemas en todos los niveles.

---

<sup>65</sup> Idem.

Otro aspecto de especial importancia para este nivel de atención es la participación de la comunidad, para que ésta tenga resultados positivos tiene que surgir de la necesidad de la población, es decir, que surge desde el conocimiento de esa necesidad sufrida y sentida y desde el convencimiento de que una acción grupal puede lograr la superación de los problemas que la acción de forma individual no puede resolver, aquí esta en juego las vivencias comunitarias que exige una cuota de intersubjetividad significativa que le va a dar origen y resultado al proceso. También puede surgir como una propuesta organizativa de autoridades que tiendan a la resolución de estas necesidades, este tipo de propuestas tienden a su fracaso por estar caracterizadas por una fuerte abstracción.

Finalmente se destaca una diferencia entre las regiones en las cuales se presenta los servicios del primer nivel de atención, por ejemplo la concentración de recurso en áreas urbanas y una disminución de los mismos en áreas rurales periféricas. (Testa, M; 2006)

#### **IV.2 - En busca de estrategias**

Frente a esta situación, se trata de buscar estrategias de intervención, en las cuales entran diversos factores en juego. La estrategia que utiliza una institución de la salud se puede considerar como un comportamiento dirigido a manejar situaciones en las cuales se encuentran una serie obstáculos para poder lograr un objetivo. Con la estrategia, se trata de hacer un acercamiento a la meta a alcanzar; son diversas las disciplinas que utilizan la estrategia como forma de intervención, siempre que exista cierto enfrentamiento para la resolución del mismo. Aquí aparece la dimensión técnica, como un conocimiento dirigido a la realización de una práctica científica o política, en donde lo administrativo es el procedimiento que facilita la práctica. Estos aspectos configuran la acción cotidiana de la organización; y para llevar a cabo esta acción, se plantea la necesidad de contextualizar las categorías que se quiere trabajar, para lo cual hay que evaluar definiciones que han sido aceptadas con el objetivo de confirmar que están dando respuesta a la circunstancia actual. Para que una estrategia se considere como válida, tienen que tener credibilidad de los individuos que conforman una situación y hacia la

institución, (que muchas veces genera pérdida de confianza debido a la mala fama que puede llegar a tener). La credibilidad es un fundamento que le da legitimidad a la estrategia, ya que ninguna medida puede ser legítima si no es creíble y habilita un camino para que sea utilizada en otras circunstancias.

En este escenario, se desenvuelven actores sociales, que son los encargados – a través de sus comportamientos – de lograr los objetivos formulados. Entre estos, están los individuales y los colectivos – todos de una u otra forma somos actores de lo que acontece en la salud-; el primero de ellos es aquel sujeto con intereses en este sector, ocupando una posición de peso en el mismo, este sujeto es un individuo que posee una ideología que lo convierte en un sujeto social. El actor colectivo refiere a una agrupación de sujetos sociales, en este sentido se considera a los profesionales de la salud como un grupo social. La transformación de un sujeto individual a uno colectivo, va a depender de los intereses en común, la conformación del sujeto social es necesaria para desarrollar actividades sociales destinadas a la transformación. De esta manera, resulta pertinente decir que *“el proceso de socialización puede ser entendido de una doble manera: como el que determina por completo la inserción de un individuo en la sociedad, o como la primera fase de la constitución del sujeto que deberá ser completada por la práctica del trabajo abstracto”* (Testa, M; 1995: 49)<sup>66</sup>. En el primer caso, los procesos de formación van a estar influidos fuertemente por instancias familiares y las educativas, mientras que en el segundo va a estar determinado por la dinámica económica social.

A la hora de llevar a cabo la estrategia, se presenta un obstáculo que es la cultura, considerada como los comportamientos de la vida cotidiana de las personas. La cultura es técnica cuando describe la forma de cómo se gana la vida una comunidad y cómo las personas se comportan fuera del proceso de trabajo. Se plantea como obstáculo porque cuando se quiere introducir una nueva técnica se requiere de una adaptación a la misma.

La acción social se realiza en un espacio, el cual puede considerarse como escenario de la estrategia. Este espacio, es un espacio social que va más allá de un espacio físico, hay un relacionamiento entre actor social, acción

---

<sup>66</sup> Testa, M (1995). Pensamiento estratégico y Lógica de programación (el caso en salud) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

social y espacio social, una no puede entenderse sin la otra. En el espacio institucional, es en donde se desarrolla la estrategia institucional y la organización adquiere su formalidad y especificidad que la distingue de otras organizaciones. También están las estrategias de carácter programático, que consiste en implementar una política a través de la realización de un programa. Acá es importante tener en claro el tipo de espacio que es un programa, se define como un grupo de personas que buscan alcanzar un objetivo determinado, pero *“el programa recibirá demandas sociales crecientes a las que solo podrá responder si se institucionaliza”* (Testa, M; 1995:76)<sup>67</sup>. Por último están las estrategias sociales que concretan las políticas de salud, es una cuestión de Estado.

Hay una lógica, que es fundamental para llevar a cabo las tareas y actividades que forman parte de la prestación de servicios a la población. Esta lógica refiere a la programación, que va a depender de los objetos materiales y de los procesos a los cuales son sometidos, son las diversas maneras de cómo se consideran los objetos de trabajo. Dentro de éstos, se encuentran diversas dimensiones importantes de destacar: como ser los insumos, que son aquellos recursos que son utilizados en la actividad de producción del servicio en su conjunto, son consumidos durante el desarrollo de la actividad; los bienes de capital, son los recursos que se usan repetitivamente y tienen una larga duración, su diferencia con los insumos radica en su duración; los recursos humanos, se conforma por el personal de salud que abarca una cantidad significativa de trabajadores que poseen capacitación en diversas ramas y niveles, esta dimensión implica una división social del trabajo, entendiéndola *“no como las que derivan del otorgamiento de un título profesional, sino como las caracterizadas por un conjunto de conocimientos y prácticas que permiten la realización de una tarea significativa”* (Testa, M; 1995:117)<sup>68</sup>. Las dimensiones hasta aquí expresadas están atravesadas por otra que también adquiere su importancia que es el dinero, éste le da una representación simbólica; por otro lado se encuentra la gestión, que es algo que por lo general se lleva a cabo de la manera cómo se la considera, la lógica de la gestión es llevada a cabo por los administradores; se considera que *“cada gestión, o sea*

---

<sup>67</sup> Ídem

<sup>68</sup> Ídem

*cada acto administrativo, es el comienzo o la continuación de un proceso, esto es una cadena de actos administrativos, cuyo eslabón final es la realización de un servicio que forma parte de los objetivos institucionales” (Testa, M; 1995:138)<sup>69</sup>; otro aspecto interno a lo institucional es su organización, es la manera de cómo se organizan los aspectos anteriormente mencionados. Finalmente se encuentra una dimensión que es la población, la cual tiene sus características específicas según la institución de que se trate, hay que tener presente el número de personas que la compone, tomando en cuenta que la cantidad varía en forma constante (tasa de variación), al mismo tiempo que se divide en categorías como ser la edad y el sexo, es necesario conocer la forma en cómo se distribuye la población en su dimensión territorial, sus tasas de crecimiento, densidad y dinámicas económico sociales.*

Estas consideraciones son fundamentales para la programación de las políticas de salud y las consecuencias que esta puede generar en la población, se trata de un diagnóstico de situación, el cual va a permitir hacer una interpretación de las necesidades reales de la población, esto quiere decir que determinada dinámica va a generar ciertas acciones de salud, por ejemplo, según la natalidad que tenga la población se generarán las acciones de intervención destinadas a la atención materno infantil. Las necesidades planteadas desde la población pueden expresarse como demandas de la misma, esta demanda va más allá de la presencia de una enfermedad, entrando en juego la percepción del individuo acerca de la misma, o de la forma que tiene de desenvolverse en la vida y las capacidades que posee. En ocasiones la enfermedad existe pero no es percibida, en otras hay pérdida de capacidades que no necesariamente tienen sus causas en enfermedades, como ocurre en el envejecimiento. Aquí aparece la dimensión de riesgo, también utilizada como insumo para la formulación de las acciones de salud, la cual contribuye a la prevención de determinadas enfermedades, identificando las situaciones que le dan origen, estas pueden ser de índole biológico, cultural – fumar o tomar alcohol – o social – referidas al desempleo o malas condiciones de trabajo -. Para dar respuesta a estas situaciones se hace necesario la programación, la misma presenta en el ámbito de la salud sus

---

<sup>69</sup> Idem

peculiaridades, ya que es un campo caracterizado por ser complejo, por lo tanto, muchas veces, las actividades se van armando sobre la marcha, en donde actúan un conjunto de trabajadores, cada uno con un proceso de trabajo diferente, lo cual puede traer ciertas dificultades en la descripción programática. En este contexto, a partir de una definición de un objeto de transformación se realizará el proceso dirigido a personas con alguna necesidad para su transformación. En síntesis, *“cada actividad genera, mediante las interpretaciones acerca de las características de su objeto de trabajo y el proceso de trabajo al cual debe estar sometido, ciertas formas organizativas que son la condición necesaria de la eficacia y eficiencia organizacional”* (Testa, M; 1995:185)<sup>70</sup>

Entonces, se tiene por un lado la estrategia y por otro a la programación, resultando necesario la existencia de coherencia entre ambas, ya que la estrategia no puede llevarse a cabo al margen de las pautas del proceso. Otro aspecto importante es la coyuntura, es una determinación accidental que no es previsto y no es posible prever pero juega un papel fundamental en la determinación de la estrategia, esta situación coyuntural refiere a los actores sociales, sobre todo a aquellos que piensan la lógica y aspectos materiales (objetivos). La propuesta de programación comienza por elaborar un diagnóstico de situación, que refiere al objeto de trabajo, pero este diagnóstico se encuentra sesgado por una intencionalidad de mejorar una situación inicial, esto le quita carácter objetivo al diagnóstico. Los diagnósticos que se hacen en el ámbito de la salud hacen referencia a aspectos que están presentes en la sociedad así como también a cuestiones que ocurren en sectores específicos. Es una doble ubicación de los fenómenos, lo cual complica la conceptualización, a causa de su doble enfoque: uno total de la sociedad y otro parcial del sector en cuestión. Así, se puede decir que *“no es posible el tratamiento de lo sectorial en forma separada de lo social – lo parcial debe ser visto en el marco de la totalidad – pero que al mismo tiempo, no es posible modificar lo social a partir de propuestas sectoriales – la totalidad no puede ser afectada radicalmente por la parcialidad – sino desde lo social mismo”* (Testa, M; 1995: 199)<sup>71</sup>. A través de una intención de realizar una acción pensada

---

<sup>70</sup> Idem

<sup>71</sup> Idem

desde su viabilidad y las consecuencias que puede tener en los grupos sociales tanto dentro como fuera del sector – salud-, es que se pueden plantear propuestas programáticas, las que deben integrar armónicamente la estrategia con la programación.

### **IV.3 - Dimensión ética de la salud**

Un aspecto que no debe olvidarse cuando se interviene en la salud es la ética, campo que ha tenido una importancia significativa en el mundo de las ciencias desde finales del siglo XX. El tema de la ética, refiere a cuestiones del bien y del mal, hay una formulación en donde se discuten las líneas de acción dirigidas a hacer el bien, con qué principios, hacia qué fines y con que métodos. El desarrollo de la ciencia pone en juego estas cuestiones, relacionadas con el nacimiento, desarrollo, muerte, enfermedades hasta en lo que respecta a la vida cotidiana de los seres humanos.<sup>72</sup>

Bajo la consigna de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual, se ha utilizado expresiones tales como “salud para todos en el año 2000”, pero a causa de diversos fenómenos, como las condiciones laborales y ambientales, guerras, pobreza, etc., hacen que resulte difícil de alcanzar tal objetivo. Estos fenómenos han llevado a diversas interpretaciones relacionadas con la inequidad de la distribución en la salud y de las enfermedades, determinadas por la genética, la psicología y el comportamiento de los individuos. También entran en juego, factores sociales y culturales como la educación, trabajo, vivienda, nutrición, etc. Es un hecho que en el mejoramiento de estos aspectos han intervenido en la reducción de la morbilidad y la mortalidad a causa de enfermedades infecciosas y carenciales. Es importante destacar que *“la medicina occidental ha contribuido, partiendo de enfermedades, al conocimiento del cuerpo y de la mente, de la fisiología, de la psicología y de los comportamientos humanos; ha estimulado el descubrimiento del nuevo mundo de los microbios, de los parásitos y de sus ciclos vitales; ha incitado la investigación en la biología de base, en la química*

---

<sup>72</sup> El campo de la salud, raramente analiza éticamente algunas cuestiones, como ser nacimientos artificiales, trasplante de órganos, condiciones estructurales de los enfermos terminales, entre otras.

y en la física; en muchos campos ha sustituido la ignorancia y la superstición por el conocimiento científico” (Berlinguer, G; 1994: 31).<sup>73</sup> También se ha demostrado que el hecho de tener una buena o mala salud es algo que se puede transformar, se ha podido considerar a la salud como un valor posible de perseguir y alcanzar, pero esto va a depender del crecimiento humano y su relacionamiento con el entorno. Resulta necesario partir de la base de que la salud es y ha sido una aspiración y una necesidad, pero anteriormente más allá de que haya sido una necesidad, la mayoría de las veces, a causa de epidemias y otros fenómenos era difícil de alcanzar. Hoy en día es una necesidad y un derecho, *“una necesidad puede transformarse en un derecho solo cuando existen las condiciones históricas para darle respuesta sobre una escala amplia o universal”* (Berlinguer, G; 1994: 32).<sup>74</sup> Como consecuencia de la contribución religiosa y política de los siglos XIX y XX, se observa progresos en el campo de la medicina. Ejemplo de esto, es la intervención del Estado como administrador de la salud tanto individual como pública, a través de leyes e instituciones encargadas de las funciones de la profesión médica, caracterizada por una actitud humana hacia los pacientes. Pero de todas formas, la realidad demuestra que la distribución de la salud ha sido y es desigual, a causa de la pobreza material, laboral que dificulta acciones preventivas y curativas. A pesar de ello, se destaca la implantación de sistemas de seguros sociales obligatorios, servicios sanitarios (saneamiento, agua, cloacas) e higiene colectiva.

La expresión de la medicalización de la vida, se ha relacionado con la mercantilización de la medicina, lo que tiende a transformar al cuerpo en mercadería. Cuando se interviene en la salud se hace necesario revertir esta situación, aspirando a la promoción de autonomía del propio cuerpo, sin caer en el riesgo de que la medicina usurpe la vida desde sus distintas manifestaciones. Esto quiere decir no considerarla como la única forma justa y viable de mejorar la salud, sea esta individual o colectiva, hay que evitar que se considere que la medicina lo puede todo, llevando muchas veces a prometer cosas imposibles y lo posible hacerlo fracasar, siempre hay que tratar la idea de la conexión existente entre aspectos individuales con los ambientales y

---

<sup>73</sup> Berlinguer, G (1994): *Ética de la salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

<sup>74</sup> Ídem

sociales, tendencia culturales y evaluaciones éticas. Otro aspecto con el cual se hace necesario lidiar, es la tendencia que ha tenido la medicina en funciones de regular y controlar de forma represiva las actividades humanas (ejemplo: medicina del trabajo).

La profesión médica ha sido siempre, la única que ha podido intervenir de una forma directa y profunda en aspectos de la vida humana. Por tal motivo, se ha visto en la necesidad de tener ciertos criterios y reglas con el objetivo de ser reconocida y respetada, esto implica conformar un conjunto de deberes y derechos que sean compatibles con los actores que participan en ella – directa o indirectamente- : médico, paciente y sociedad. Como principio se puede mencionar a la beneficencia, que ha sido incorporado a las diversas actividades de asistencia y luego ha estado en estrecha relación con los principios de solidaridad y justicia. *“Beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente; el principio de beneficencia orienta los fines morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida, mientras que el principio de autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios, y no puede por esto ser usado y manipulado por otros”* (Berlinguer, G; 1994: 51).<sup>75</sup> Resulta necesario cerrar la brecha existente entre la ética declarada y la práctica cotidiana a través de la actualización de las reglas deontológicas.

Muchas veces, ocurre que la función de curar se transforma en una tarea proporcional a la riqueza, es decir, que el derecho a la atención médica y a la salud se encuentra en una relación directa y legítima con el dinero. De esta manera, se puede decir, que es posible orientarse a partir de principios de equidad y solidaridad con el objetivo de brindar una mejor asistencia para todos; con una libertad de elección de aquel que provee la asistencia y de aquel que la recibe. Pero hay que tener presente que lo que establece el derecho a la salud según la OMS<sup>76</sup> es una meta que no se puede alcanzar de forma total ya que este derecho no implica una inmunidad a todas las enfermedades, sino que tiende a un acercamiento a los medios técnicos y políticos destinados para este campo.

---

<sup>75</sup> Idem

<sup>76</sup> *“El beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica”* (En: Berlinguer, G; 1994: 63)

La equidad refiere a la capacidad de remover los obstáculos que se oponen al bienestar, específicamente a aquellos que no sean superados por medio de la voluntad y comportamiento individual. Superar estos obstáculos es un desafío moral, en el campo de la ética y la salud, esta superación también puede implicar el logro de beneficios a corto plazo. Es comprobada la relación existente entre la condición económica social y la salud – cuanto más baja es la primera peor va a ser la segunda-; esta situación implica muchas veces condiciones ambientales insalubres, educación insuficiente, bajo acceso a servicios médicos preventivos y curativos y menor capacidad para llevar a cabo hábitos más sanos. Para poder entender a las enfermedades como un fenómeno colectivo es imprescindible tomar en cuenta la dimensión económica – social, pero no es suficiente para explicar las diferencias individuales. Para esto surge la necesidad de integrar el reclamo de la salud como un derecho, asumirlo, mantenerlo y promoverlo.

Otro aspecto que se discute en la ética de la salud, son los criterios para establecer las prioridades cuando se dividen los recursos que se destinan a los servicios sanitarios, que por lo general son escasos, por varios fenómenos como ser, envejecimiento de la población, costo de medicamentos en aumento, nuevas técnicas, creciente exigencia a la asistencia, tendencia a prolongar la vida y evitar la muerte, entre otros. Hay que elaborar un orden prioritario de los servicios sanitarios destinados a toda la población, especialmente para aquellos con menos recursos. Pero esto, por lo general, son establecidos a partir de criterios en beneficio de lo económico más que al de la salud. El hecho de regular costos, controlar la calidad e igualdad en el acceso a los servicios, muy pocas veces es posible, para hacer más viable esta tarea, los medios técnicos tendrían que ser usados de forma más apropiada; que los recursos económicos consideraran más a los recursos científicos y humanos; que los servicios sanitarios apuntaran a conseguir una cultura de la salud y a una capacidad de auto-organizar el bienestar individual; si se trabaja más para el fortalecimiento del impacto positivo de las actividades de los individuos, a través de la instrucción, el trabajo y producción a favor de la salud.

La distribución de los recursos destinados a la salud, a pesar de su incrementación, no son ilimitados, pero resulta necesario cambios significativos en lo político y lo moral, tanto en la conciencia de todos los ciudadanos como

en la prioridad de los gobiernos hacia la prevención de enfermedades y un mejoramiento de las condiciones psico – físicas de las personas. Esta prevención tiene que ser motivada desde ámbitos educativos, laborales; promover aspectos relacionados con la nutrición, la vivienda, la convivencia y solidaridad. Esto resulta muy útil y necesario ya que son recursos, que todos contribuyen al mejoramiento de la salud; ya que desarrollan en las personas conocimientos que favorecen la adquisición de hábitos más saludables; estas medidas preventivas también generan compromisos en la modificación ambiental, a condiciones también más sanas.

Hay que evitar disminuir el valor que se le tiene hoy en día a la salud; para esto, se puede decir que la mejor manera es que la sociedad le permita a la medicina conseguir sus metas, sin pedirle que haga una tarea que le corresponde a otras instituciones, ni pretender que se someta a fines políticos, que se haga lo posible para prevenir enfermedades, promoviendo la equidad en la salud y evitar la exclusión y segregación que generan enfermedades; se tiene que poner a la salud como una prioridad. En lo que refiere a la medicina, ésta tiene que curar a cada individuo enfermo de forma igual, además de prescribir, tiene que escuchar y permitir la participación del individuo para que tenga la capacidad de contribuir a su propio mejoramiento. Se trata de un *“contrato entre la medicina y la sociedad, un acuerdo de convivencia y de recíproca conveniencia”* (Berlinguer, G; 1994: 102),<sup>77</sup> en un campo donde existe un conjunto de profesionales especializados y legalmente reconocidos que trabajan en distintas instituciones destinadas a desarrollar las actividades de la salud. Estos sujetos se guían por sus estímulos éticos, por sus opciones y capacidades personales diversas. (Berlinguer, G; 1994)

#### **IV.4 - La intervención del Trabajo Social como disciplina**

En el marco de la conformación de estos sujetos que desarrollan sus actividades profesionales, se encuentra la disciplina del Trabajo Social, muchas veces considerada como soporte básico de los programas destinados al bienestar social. La relación existente entre necesidad – recursos, sería el hilo

---

<sup>77</sup> Berlinguer, G (1994): *Ética de la salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

conductor de la intervención del Trabajo Social, mientras que la necesidad es lo que le da contenido y justifica la práctica; los recursos son las herramientas que la disciplina utiliza para abordar estas necesidades sociales, asumiendo su propia dinámica con una fundamentación técnica y científica. Por lo general, las profesiones de carácter social abordan las necesidades de forma fragmentada, es decir, dirigida a la educación, el trabajo, sanidad, derecho, cultura, etc. A pesar de tener en claro la relación que existe entre estas dimensiones, no se ocupan de ella de forma específica, ya que se escaparía de los fines; por esto resulta necesario una disciplina que se ocupe de coordinar las distintas necesidades, que son colocadas en las condiciones de vida y de convivencia, en el marco de una política de bienestar social. Para llevar a cabo esta tarea es necesario que el Trabajo Social sea parte de las actividades de investigación social; en el desarrollo de las políticas sociales, aportando información de las necesidades de la población y de la opinión que ellos tienen para afrontarla y tomando en cuenta aspectos tanto preventivos como curativos. Hay que considerar esta labor como perteneciente de una red, en relación con otros profesionales sociales. (Cortajarena; 1979)<sup>78</sup>

A través del uso del lenguaje se determinan los campos de intervención de cada disciplina. De esta manera, el médico se refiere a las enfermedades y su tratamiento, mientras que el trabajador social dará cuenta de aquellos aspectos que conforman el bienestar del individuo, a través del conocimiento de su vida cotidiana. La población con la que esta disciplina trabaja realiza demandas relacionadas con la resolución de ciertas problemáticas determinadas por su condición social, ausencia de una vivienda digna, trabajo, acceso al sistema de salud en condiciones favorables, alimentación, etc. El Trabajo Social, inserto en el campo de la salud, se encuentra con una doble dimensión; por un lado, tiene la posibilidad de poseer un análisis de la realidad, lo cual le permite diseñar diversas estrategias de acción dirigidas a la resolución de las problemáticas sociales; por otro lado, se encuentra el discurso médico, que tiene fuerza hegemónica, es objetivo y preciso, programático y prescriptivo; a diferencia del discurso social que esta abierto a múltiples variables que intervienen desde distintas problemáticas. En este

---

<sup>78</sup> Cortajarena (1979): El Trabajo Social como disciplina y los asistentes sociales. En: Introducción al Bienestar social. Consejo de Asistentes Sociales, siglo XXI. Madrid.

marco, se puede decir que *“el profesional que se desempeña en ámbitos concernientes a la práctica en salud debe plantearse el desafío del trabajo en equipo, legitimando su saber en la confrontación con los demás integrantes, y permitiéndose un espacio para el aprendizaje, tarea que llevará a cabo, no sin esfuerzo, pero que resulta una necesidad impostergable en el contexto actual”* (Ferreyra, S; 1979: 139).<sup>79</sup>

El trabajador social es portador de un discurso que refiere a aspectos de la cuestión social, el cual da cuenta de una realidad que se encuentra en contraste con el lenguaje biológico específico; se trata de características y formas de vivir de las personas que acuden a los centros de salud, en especial de aquellos que tienen bajos recursos. En la disciplina se utiliza a la palabra como mediación, como forma de no aceptar como real a lo aparente, es una instancia en donde se traslada la teoría a la práctica, como forma de develar los fines a los cuales apunta el accionar. A través del lenguaje, también se logra reconstruir el tejido social, por medio de diversas técnicas como ser entrevistas, tanto en el espacio institucional o en el domicilio del individuo, en donde la persona brindará información de sus capacidades como sujeto de derechos, de esta manera se evita el ejercicio de la profesión en función de la construcción social en general. En esta tarea, también entra en juego el poder escuchar la necesidad del individuo que no siempre coincide con la que se espera desde lo institucional. (Ferreyra, S; 1979)<sup>80</sup>

Para llevar a cabo su labor, el trabajador social debería hacer un análisis de los distintos programas que se llevan a cabo en el área, para poder insertarse en ellos. Por lo general, el profesional trabaja según la demanda que le presenta la institución, son demandas específicas de un paciente que tiene tal o cual problema. Asimismo, para que exista un plan o programa, se hace necesaria una infraestructura caracterizada por la estabilidad y la dinámica y que tenga sus fundamentos en base de la opinión de los habitantes (Acosta, L; 1987)<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup>En: La calidad de vida como concepto. Su utilización en el accionar de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud.

<sup>80</sup> Ídem

<sup>81</sup> Acosta, L (1987): Acción del Servicio Social en los programas de salud a nivel nacional. En: Revista Uruguaya de Servicio Social, año II N° 5. EPPAL. Montevideo - Uruguay.

El campo de la salud, es un campo muy familiar para el Trabajo Social, pero es necesario hacer una reflexión y críticas de forma continua que permita la adaptación a nuevos desafíos que la nueva realidad plantea. En esta adaptación, surge la necesidad de ir a lo comunitario, restándole a lo institucional su carácter de espacio privilegiado del saber y hacer médico. (Acosta, L; 1993)<sup>82</sup>

Promover programas de participación comunitaria, *“implica necesariamente educación para la salud, organización de la comunidad para la salud, prevención y vigilancia epidemiológica, consecución de cierto grado de autonomía y de responsabilidad de parte del individuo y su comunidad en la gestión de su propia salud, democratización de la participación social, ceder poder de decisión a la comunidad en los problemas de salud que atañen”*. (UAMAEH; 1995: 37)<sup>83</sup>

La intervención con las familias resulta de importancia por el hecho de que muchas veces las problemáticas que la afectan tienen cierto grado de complejidad influyendo en el funcionamiento del grupo. Por lo tanto, requieren de la intervención de profesionales especializados. En palabras de Carlos Eroles (2000: 184)<sup>84</sup> podemos decir que *“la realidad que afecta al hombre en situación, que es su perspectiva individual, familiar, grupal y comunitaria, estamos definiendo como el sujeto del trabajo social. En este marco el enfoque clínico e interdisciplinario constituye una herramienta útil para determinar la intervención de las disciplinas que ofrecen orientación y asistencias a las familias”*

---

<sup>82</sup> Acosta, L (1993): Trabajo Social en el campo de la salud. Obstáculos y propuestas. En: Demandas y oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos escenarios y estrategias. EPPAL. Montevideo – Uruguay.

<sup>83</sup> En: Magnone, V (1999): Del usuario pasivo a los grupos de salud. Revista de Trabajo Social N°17. EPPAL. Montevideo – Uruguay.

<sup>84</sup> **Eroles, C.** (2000): “El abordaje psico-social de la familia”. En: La Familia en la Sociedad Pluralista. Editorial Espacio. Buenos Aires

## **CONCLUSIONES**

Todo lo expuesto hasta el momento, demuestra que el desarrollo del individuo abarca diversas dimensiones, las cuales se encuentran en una estrecha relación, en donde el desajuste de una implica necesariamente el desajuste de las otras. Es por esto que se hace necesaria una intervención en todas estas dimensiones, con el objetivo de considerar al individuo desde una perspectiva integral.

El ámbito familiar, espacio en donde el individuo nace y se desarrolla, es el lugar en donde se manifiestan estas dimensiones determinadas por el entorno que van a influir en los aspectos centrales del desarrollo. Estas estructuras al mismo tiempo, se ven obligadas a adaptarse a los ambientes que se encuentran en constante cambios. El entorno, tiene su importancia en el hecho de que juega un papel fundamental en la conformación de ciertos hábitos.

A la hora de intervenir en la salud, además de tomar en cuenta estos aspectos, es importante considerar el momento histórico en el cual se está interviniendo, hay que tener presente que la política de salud, como política social, va acompañada por una política de Estado, enmarcado en una ideología.

Hay que tener presente la función social que cumple la medicina para que cada disciplina, desde su saber pueda abordar la temática desde una perspectiva interdisciplinaria, facilitando de esta manera el abordaje integral del individuo. Para esto, resulta necesario la formación y capacitación permanentes, apropiándose de los distintos conocimientos de las disciplinas, promoviendo espacios de investigación conjunta. De esta manera se estaría marcando un camino en donde esté presente la participación de todos los actores involucrados.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ **Acosta, L (1987):** Acción del Servicio Social en los programas de salud a nivel nacional. En: Revista Uruguaya de Servicio Social, año II N° 5. EPPAL. Montevideo - Uruguay.
- ❖ **Acosta, L (1993):** Trabajo Social en el campo de la salud. Obstáculos y propuestas. En: Demandas y oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos escenarios y estrategias. EPPAL. Montevideo – Uruguay.
- ❖ **Aylwin, N. (1979):** “Elementos para el estudio del bienestar social.” En: Revista de Trabajo Social. Año IV N° 11.
- ❖ **Artola, A; Piezzi, R. (2000):** La familia en la sociedad pluralista. Editorial Espacio. Argentina.
- ❖ **Ballesteros, J. (1997):** Sociedad y medio ambiente. Editorial Trotta. Madrid - España.
- ❖ **Benítez, L; Sosa, M; Varela, A. (2006):** Juan Carlos Carrasco. Textos escogidos. Punta Carretas, Montevideo.
- ❖ **Bentura, J.P. (2003):** “Segregación Territorial. El fenómeno de los asentamientos en Montevideo.” En: Los debates actuales en Trabajo Social y su impacto a nivel regional. DTS – FCS – UDELAR.
- ❖ **Berlinguer, G (1994):** Ética de la salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- ❖ **Carrasco, J.C. (1968):** Crisis del Uruguay: crisis de transformación. En Perspectivas de Diálogo. Uruguay.
- ❖ **Clasco.(1982):** Medio ambiente y urbanización. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y Centro Internacional de Formación en Ciencias Ambientales. Argentina.
- ❖ **Corraliza, R. (1991):** La calidad de vida como concepto. En: Servicio Social y Sociedad.
- ❖ **Cortajarena. (1979):** Introducción al Bienestar Social, Consejo Colegio de Asistentes Sociales, Siglo XXI. Madrid.
- ❖ **De Riso, Silvia. (2001):** La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al Trabajo Social. Editorial Espacio. Argentina.
- ❖ **EPPAL. (2001):** Revista Regional de Trabajo Social N° 22, Pobreza y medio ambiente. EPPAL, Montevideo, 2001
- ❖ **Eroles, C. (2000):** “El abordaje psico-social de la familia”. En: La Familia en la Sociedad Pluralista. Editorial Espacio. Buenos Aires
- ❖ **Fernández Romar, J.E; Potesani A.L. (2002):** Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales. Tradinco. Montevideo.

- ❖ **Fasler C. (1997):** Género, familia y políticas Sociales. Modelos para armar. TRILCE. Montevideo, Uruguay.
- ❖ **Hernández, F (2006):** “Pobreza y salud pública. Aspectos sociales de la relación entre usuario y personal de salud”. En: Cuadernos del CLAEH, N° 92 año 29. Emigración, pobreza y salud. Políticas Sociales. Montevideo, Uruguay
- ❖ **Lasida, J (2006):** “Las políticas sociales de última generación y el Plan de Emergencia en Uruguay: la asistencia como recurso para la integralidad” En: Cuadernos del CLAEH, N° 92 año 29. Emigración, pobreza y salud. Políticas Sociales. Montevideo, Uruguay
- ❖ **Magnone, V (1999):** Del usuario pasivo a los grupos de salud. Revista de Trabajo Social N°17. EPPAL. Montevideo – Uruguay
- ❖ **Mariño, R. (1979):** “Bienestar y Desarrollo”. En: Salud. Editorial Ciencias. Montevideo - Uruguay
- ❖ **Olesker, D. (2005):** “Financiamiento de las políticas sociales progresistas: el caso del sistema nacional de salud” En: Políticas sociales. De la emergencia a la transformación social. Casa Bertolt Brecht. Montevideo, Uruguay.
- ❖ **Organización Panamericana de la Salud (2002):** Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay.
- ❖ **Ortega E. (2008):** El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista. TRILCE. Montevideo,
- ❖ **Paulo, L. (2004):** “La ciudad como desafío profesional” En: Revista Regional de Trabajo Social N° 30. EPPAL. Montevideo.
- ❖ **Puerta de Klinkert, M.P. (2002):** Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos. Lumen Hvmánitas. Buenos Aires.
- ❖ **Rosen, G. (1985):** De la Policía Médica a la Medicina Social.
- ❖ **Satir, V. (1991):** Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editor Pax México. México.
- ❖ **Scherzer, A. (1994):** La familia. Grupo e instituciones. Desde la práctica hacia la salud. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.
- ❖ **Sen, A. (1999):** Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta. Barcelona – España.
- ❖ **Testa, M (1995):** Pensamiento estratégico y Lógica de programación (el caso en salud) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- ❖ **Testa, M. (2006):** Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

## **FUENTES DOCUMENTALES**

- ❖ **Alleyne, G. (1996):** “La salud y el desarrollo humano”. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol. 120 N° 1.
- ❖ **CEPAL.** “Cambio Cultural, Desarrollo y Sustentabilidad Ambiental” En: La Dimensión ambiental en el desarrollo de América Latina
- ❖ Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo.
- ❖ **Reyes, R. (2002):** Diccionario Crítico de Ciencias Sociales, Publicación Electrónica, Universidad Complutense, Madrid, 2002
- ❖ [www.diariosalud.net/](http://www.diariosalud.net/) - 55k
- ❖ [www.iadb.org/etica](http://www.iadb.org/etica)
- ❖ [www.onsc.gub.uy/gxpsites/Archivos%5CPublicaciones%5CRevistaONCS%CR33%5](http://www.onsc.gub.uy/gxpsites/Archivos%5CPublicaciones%5CRevistaONCS%CR33%5)
- ❖ [www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/3las.htm](http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/3las.htm)