

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

**Autonomía y legitimidad de los  
trabajadores sociales en el campo de la  
salud**

**Lorena Paola Perrone Golino**

Tutora: Celmira Bentura

2016

## **Página de aprobación**

Tutora: Magister en Trabajo Social Celmira Bentura Alonso

Tribunal:

Montevideo, 2016

Calificación:

Autora: Lorena Paola Perrone Golino

## **Dedicatoria**

A Luciano, mi hijo soñado, a quien solo me resta pedirle perdón, por todos los momentos que tuve que dejarlo al cuidado de terceros para poder estudiar, y de quien espero que en algún momento pueda comprender, que su llegada significó para mí, el mejor de los impulsos para poder culminar con mis estudios.

A Felicia, mi madrina, quien lamentablemente no llegó a ver este momento, pero sé que desde donde esté, me sigue guiando día a día.

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer a muchas personas, pero me veo en la necesidad de ser puntual para con aquellas que han logrado marcar en estos años de mi carrera una huella imborrable.

En primer lugar quiero agradecer a mi madrina, quien supo incentivar me para que pudiera cumplir mis objetivos, colaborando siempre de distintas maneras con mi educación, principalmente en mi infancia y adolescencia; en aquellos momentos en que mis padres por razones económicas no podían hacerlo. Gracias tía.

A mis queridos padres, siendo gracias a ellos que hoy puedo con orgullo decir quien soy. A mi esposo, por acompañarme en todos estos años de estudio, quien siempre estuvo presente, cuidando a nuestro hijo como nadie sabe, convirtiéndose ambos en mi motor de fuerza para culminar esta etapa.

Cómo olvidar a mi generación, y a ese inalcanzable número de amigas que la facultad me regalo, quienes formaron parte de todos aquellos momentos que quedaran en mis más hermosos recuerdos de esa casa de estudios.

Gracias a Celmira Bentura, por haber aceptado ser mi tutora, brindarme su dedicación y orientación en la elaboración de la presente monografía.

A todos y cada uno de ellos, gracias por hacer de ésta etapa un trayecto satisfactorio e inolvidable.

## **Resumen**

El presente documento, da cuenta de la monografía final de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República, plan 2009, a fin de dar por culminados dichos estudios.

Se pretende aquí, contribuir conocimientos, a los diferentes estudios habidos respecto a la legitimidad y autonomía de los Trabajadores Sociales insertos en el campo de la salud. Para ello, se trazaron objetivos generales y específicos, enfocados en conocer el posicionamiento que poseen los trabajadores sociales insertos en dicho campo, seleccionándose como diseño metodológico la técnica de análisis documental, habiéndose optado por tres de los programas de Atención Primaria en Salud elaborados por el Ministerio de Salud Pública, entendidos éstos como aquellos de mayor difusión, tendiéndose en cuenta las variadas políticas sociales gestionadas por el gobierno en la actualidad.

Finalmente, fruto del análisis efectuado, es posible identificar el posicionamiento y reconocimiento que adquiere la profesión en el área de la salud, así como también las limitaciones y condicionamientos impuestos a nivel institucional, los cuales condicionan su quehacer profesional.

Habiéndose concluido que, los trabajadores sociales insertos en el campo de la salud poseen autonomía y legitimidad en dicho campo, pudiéndose considerar que existe una imagen difusa respecto al posicionamiento que tiene la profesión en las instituciones médicas, partiendo de la consideración que, es el saber médico profesional aquel que posee privilegio en dicha área.

El Trabajador Social tras haber atravesado diferentes luchas por su reconocimiento legítimo, hoy día es identificado como un profesional capaz y necesario para la implementación de determinados programas a los que es llamado a formar parte, tanto en su puesta en marcha, así como también para la elaboración en el momento de creación de los mismos. Consideración ésta última, nada menor a la hora de develar la legitimidad de la profesión y su posicionamiento social frente a los distintos organismos rectores de gobierno.

**Palabras claves:**

- Profesionalización
- Trabajo Social
- Autonomía
- Legitimidad

**Key words:**

- Professionalization
- Social Work
- Autonomy
- Legitimacy

## **GLOSARIO**

ADASU. Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay.

ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado

EUSS. Escuela Universitaria de Servicio Social.

FCS. Facultad de Ciencias Sociales.

FITS. Federación Internacional de Trabajadores Sociales.

M.S.P. Ministerio de Salud Pública.

RAP. Red de Atención del Primer Nivel.

SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud.

UDELAR. Universidad de la República.

## **Tabla de contenido**

Introducción.....	1
<u>Capítulo 1.-</u> Proceso de Profesionalización	
1.1 Consideraciones de la Profesionalización.....	7
1.2 De la caridad y filantropía hacia el código de ética profesional.....	8
<u>Capítulo 2:</u> Variación del modelo de atención en salud.....	14
<u>Capítulo 3:</u> El Trabajo Social desde el análisis de los Programas de RAP-ASSE.....	18
<u>Capítulo 4:</u> Autonomía y Legitimidad del Trabajo Social a partir de los Programas Prioritarios en Salud.....	22
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	30

## **Introducción:**

Se pretende a partir de la presente monografía, efectuar aportes a los conocimientos actuales respecto al Trabajo social en el campo de la salud. Para ello, se seleccionó como temática de estudio la Autonomía y Legitimidad que poseen los Trabajadores Sociales en el Campo de la Salud.

Antes de proseguir con los detalles estructurales que conforman el documento, se considera necesario realizar una breve apreciación, que facilitará la comprensión de la temática seleccionada.

Inicialmente se destacará los aportes de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), quienes definen al profesional Trabajador Social o Asistente Social como aquel que

“... actúa en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado. Desarrolla una praxis que incide en la reproducción material y social de la vida en una perspectiva de transformación social fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, en defensa y conquista de los derechos humanos y la justicia social.” (ADASU, 2012)

Por otra parte, la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU) en su portal, establece a modo de definición de la profesión, toda una serie de características las cuales estarían involucradas a la hora del ejercicio profesional, siendo desde su perspectiva las prácticas profesionales aquellas que

“... objetivan: el fortalecimiento de las instituciones democráticas, de las políticas económicas al servicio del crecimiento y de la redistribución de la renta y la riqueza, de los derechos sociales universales; el respeto de las normas internacionales de Derechos Humanos relativas a la diversidad de cultura, etnia, generación, pensamiento, identidad y relaciones de género, orientación sexual, concepciones teórico-metodológicas, el apoyo a las acciones sociales en la defensa de las condiciones socio ambientales y de la sustentabilidad del medio ambiente que contribuyan con el combate a la pobreza, al hambre y al desempleo con una vida libre de violencias.” (ADASU, 2012).

De lo anteriormente expuesto, se podría visualizar que, el Trabajador Social en su quehacer profesional, abarca inalcanzables áreas, siendo las que determina su relacionamiento para con los distintos usuarios demandantes ante cualquier institución, ya sea pública o privada, donde tales profesionales presten sus servicios.

Por lo tanto, continuando con esta línea de pensamiento referente al desempeño propio de los Trabajadores Sociales, punto éste donde se introduce su ejercicio y quehacer profesional, y por consiguiente dan luz a la legitimidad y autonomía de la profesión, se deben de tomar en cuenta los aportes de Claramunt y García (2015), quienes consideran que, generalmente a los Trabajadores Sociales, como trabajadores asalariados.

Desde la visión de dichas autoras, tales profesionales se inscriben en esferas laborales de tipo: gubernamentales, empresariales, así como también en organizaciones no gubernamentales, y entidades filantrópicas.

En tales espacios, aseguran que,

“...venden su fuerza de trabajo especializada a cambio de un salario, por lo que entrega el valor de uso de la misma al empleador, otorgándole el derecho de consumirla durante la jornada de trabajo, según las directrices, objetivos y políticas de la institución empleadora. Es en este marco que se materializa la autonomía (relativa) de que dispone el profesional para definir prioridades y formas de llevar adelante su trabajo.” (Claramunt y García; 2015:171)

Desde esta perspectiva, se podría entonces considerar que, el Trabajador Social inserto en el campo de la salud sería un prestador de su fuerza de trabajo, quien recibe a cambio por parte de la institución contratante (ya sea pública o privada) una remuneración de carácter económica como resultado de dicho intercambio. Según los aportes de Claramunt y García (2015), tales instituciones son las que, dependiendo de su naturaleza y finalidad, imponen los límites y posibilidades reales de accionar, y a las que dichos profesionales deberán de remitirse en su desempeño laboral.

De esta manera, afirman que, es entonces desde la denominada dimensión institucional que se logrará conocer “... las características del empleador, de las relaciones de poder y del tipo de trabajo que se demanda del Trabajador Social.” (Claramunt y Garcia, 2015:117)

Según Bentura (2006), son las instituciones las que imprimen en los profesionales “...un “punto de vista”, el cual si no es adecuadamente objetivado limita la acción profesional.” (61)

Continuando con ésta línea de pensamiento, se considera relevante destacar que, las prácticas profesionales se encontraran

“...subordinadas a la lógica institucional operando esto con mayor o menor fuerza de acuerdo a los grados de autonomía que la profesión haya conquistado y a los espacios logrados en las luchas por el valor simbólico de su capital específico lo cual está íntimamente relacionado con el abordaje que la profesión realiza respecto del objeto institucional.” (Bentura; 2006:60)

A partir de las precisiones conceptuales anteriormente desarrolladas, y de las diferentes perspectivas las cuales remiten al quehacer profesional del Trabajador social, las que permitirán una mayor comprensión a la temática seleccionada para la presente monografía, corresponde a continuación definir el **objeto de estudio** de la misma, el cual estará centrado en **conocer la autonomía y legitimidad que posee el Trabajador social en el campo de la salud.**

La construcción del objeto de estudio, radica en la consideración de que, la profesionalización del trabajador social es una cuestión considerada no menor ya que involucra en la actualidad un importante número de Trabajadores Sociales insertos en dicho campo.

Por consiguiente, el trabajo está centrado en analizar las posibilidades de acción y los límites impuestos por el campo de la salud a los trabajadores sociales insertos, entendido éste último, como aquella institución contratante, pretendiendo en este sentido considerar la autonomía y legitimidad que poseen los mismos en su quehacer profesional.

Por otra parte, es de gran importancia adentrarnos en aquellas consideraciones fundamentales que conformarán el objeto de estudio, esto es, tener presente los principales cambios habidos en el sector de la salud, los cuales tuvieron lugar a partir de la asunción del primer gobierno de izquierda en nuestro país, bajo el mandato del Dr. Tabaré Vázquez.

Fue a partir del mes de diciembre del año 2007, fecha de la entrada en vigencia de la Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo central es “La universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogénea y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.” (Muñoz; 2006:21); la cual provocó, a través de su implementación y funcionamiento, el factor relevante para el cambio en la modelo de atención, generando una varianza en el campo de estudio.

Por consiguiente, el nuevo modelo de atención en salud, promovió al Estado la necesidad de promulgar demás leyes, así como también aprobación de aquellas ordenanzas de carácter ministerial, todo lo cual facilitó acompañamiento de los cambios propuestos por el gobierno. Siendo el Ministerio de Salud Pública el creador de los distintos programas destinados al nuevo modelo de atención.

En lo que respecta a éstos últimos, los mismos son: 1) Programa Nacional del Adulto Mayor; 2) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género; 3) Programa Nacional de Salud Adolescente; 4) Programa Nacional de los Usuarios Problemáticos de Drogas; 5) Programa Nacional de Salud de la Niñez; 6) Programa Nacional de la Salud Bucal; 7) Programa Nacional de Salud Ocular; 8) Programa Nacional de Salud Mental; 9) Programa Nacional de Nutrición.

La elección de la presente temática de estudio parte de un interés personal, por haber efectuado la práctica pre profesional en el área de la salud, más precisamente en el Centro de Salud Jardines de Hipódromo, perteneciente a la Red de Atención del Primer Nivel (R.A.P.)<sup>1</sup> de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), ubicado en la Región Este de la ciudad de Montevideo.

Asimismo, en el curso de Proyectos Integrales II, correspondiente a la malla curricular de la carrera, en el cual se imparte un espacio de Taller de Investigación, efectué conjuntamente con otras estudiantes una investigación con igual temática, siendo dicha instancia otro factor de motivación. De esta manera, pretendo aquí retomar el mencionado estudio, con la finalidad de poder dar continuidad a tal investigación, profundizando en esta instancia otros aspectos desde una perspectiva personal.

En función de la temática seleccionada, y del objeto de estudio presentado anteriormente, se puede considerar que le mismo abre paso a la siguiente interrogante que se pretende aquí responder. **¿Los Trabajadores Sociales insertos en el Campo de la Salud poseen Autonomía y Legitimidad en su ejercicio profesional?**

Con la finalidad de encontrar una respuesta a dicha interrogante, se formulan los siguientes objetivos:

**OBJETIVO GENERAL:** Indagar la autonomía y legitimidad que poseen los Trabajadores Sociales en el Campo de la salud.

---

<sup>1</sup> “La Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana”. (ASSE, 2015.)

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Analizar el lugar que ocupa el trabajador social a partir de los diferentes programas prioritarios emitidos por Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Estudiar el reconocimiento que posee en su ejercicio profesional el Trabajador Social a partir de los diferentes programas prioritarios en salud.
- Conocer las tareas que se le asignan al trabajador social en los diferentes Programas prioritarios en salud.

Por otra parte, se destacan las siguientes categorías centrales de análisis: Profesionalización, Legitimidad, Autonomía, y Trabajo Social, las cuales se verán reflejadas a lo largo del cuerpo del documento.

Con respecto a la metodología utilizada, la misma es de corte cualitativo, mediante el análisis y revisión de documentos, siendo seleccionado los documentados elaborados por el Ministerio de Salud Pública, más precisamente tres de los programas prioritarios en salud, destinados a la atención de los usuarios del primer nivel de atención en salud, siendo los siguientes: “Programa Nacional de salud Adolescente”, “Programa Nacional de los Usuarios Problemáticos de Drogas”, y Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez.

El criterio de tal selección, radicó en la consideración de que, en la actualidad existe un gran número de programas y políticas sociales destinados a este tipo de poblaciones, independientemente de los elaborados por parte del Ministerio de Salud Pública, lo cual puede ser visualizado en los distintos portales de otros Ministerios. Asimismo, a modo de antecedente, en la investigación efectuada en el Taller de Investigación se pudo observar que, es en dichos programas donde aparece la figura del Trabajador Social o Asistente Social nombrado de manera explícita, como integrantes del equipo interdisciplinario de salud, razón por la cual se pretende profundizar en los mismos, entendiendo que pueden ser éstos los que más contribuyan al presente estudio.

Es así que, la presente monografía pretende contribuir al conocimiento sobre la Legitimidad y Autonomía que poseen los Trabajadores Sociales en el campo de la salud, principalmente analizando la participación que se les da a dichos profesionales (alcances y limitaciones) en su ejercicio profesional, a partir del análisis de los programas prioritarios en salud seleccionados.

Por otra parte, en cuanto a la estructura del trabajo, la misma constará de cuatro capítulos. El primero de ellos dará cuenta del proceso de profesionalización del Trabajo social, destacando la historia de la profesión, y las modificaciones que la misma a tenido en el camino transcurrido desde su origen en la filantropía y la caridad, hasta la actualidad.

Seguidamente, se revelarán las variaciones en el modelo de atención en los últimos años, haciendo especial hincapié en las reformas habidas a partir de la asunción del primer gobierno de izquierda en nuestro país, más precisamente a partir de la creación de ASSE y del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En los restantes capítulos, se constatará un análisis respecto a la autonomía, legitimidad y Trabajo Social como profesión, a partir del análisis de los documentos seleccionados de los programas prioritarios en salud dirigidos al Nivel de Atención Primaria.

En última instancia, se expondrán las reflexiones finales, las cuales tendrán por cometido poder responder a todas aquellas cuestiones referentes desde el punto de vista metodológico, así como generar un aporte al conocimiento existente respecto a la temática seleccionada para la presente monografía.

## Capítulo 1.- Proceso de Profesionalización

### 1.1 Consideraciones de la Profesionalización

Corresponde inicial el presente apartado, realizando una breve presentación del concepto de profesionalismo.. Para ello se tomaran los aportes de Freidson (1987), quien afirma que, dicho concepto puede ser definido como

“...un conjunto de atributos supuestamente típicos de los profesionales. Se supone que incluye actitudes como el compromiso con el propio trabajo en tanto carrera; de tal modo que el trabajo llega a ser parte de la propia identidad, y se acentúa el servicio brindado al público antes que el beneficio profesional.” (82)

Desde ésta postura, las profesiones se diferencian de las demás ocupaciones porque, ha sido a las que, se les ha acreditado la posibilidad de poder controlar su propio ejercicio laboral, aludiendo por lo tanto de manera directa, a la existencia de lo que dicho autor denomina como autonomía organizada en la profesión. Categoría esta última, que merece ser analizada en otro apartado, por la relevancia que la misma adquiere en relación al objeto de estudio seleccionado para la presente monografía.

Por otra parte, Rozas (2007), considera que la profesionalización es entendida como un

“...proceso que se constituye y reconstituye de manera permanente en relación con la realidad. (...) En esta perspectiva, la profesionalización no sólo se refiere a la intervención, sino también a la producción de conocimiento, y su proyección en la sociedad.” (6)

Travis (2006), asegura que, para comprender dicho proceso es ineludible tomar en cuenta el contexto socio-económico y político en el que se gesta la profesión, por lo que afirma que,

“... la profesionalización constituye el punto de inflexión y ruptura a través del cual el Trabajo Social, nacido como una profesión basada en el “ejercicio de ayuda”, comienza a edificar los cimientos que le permitirán convertirse en una práctica profesional con recrecimiento público y académico y en una nueva disciplina de las ciencias sociales. Y por esto, consideramos que de ninguna manera podría argumentarse que se trata de una mera “tecnificación de la asistencia.” (35)

A partir de las posturas anteriormente expuestas, las cuales refieren al entendido de la profesionalización, se podría considerar que, dicha profesionalización remite a un proceso continuo determinado por las condiciones socio históricas que la

atraviesan, donde el profesional, en tanto sujeto capaz de producir conocimientos, está capacitado para intervenir en aquellas situaciones que les fuera asignadas, mediante previa formación académica, siendo dicha profesión, la cual otorga y determina al sujeto, su posicionamiento en la sociedad y posterior reconocimiento social.

Según Alayón (2007), una manera de poder comprender la profesión consistiría en reconocer que, el trabajador social es lo que los mismos realizan en sus prácticas concretas, más allá de las conceptualizaciones teóricas o de la imagen generada de lo que en los hechos es ó debería ser la profesión.

Continuando con ésta línea de pensamiento, considerando que existen variables que intervienen y determinan la formación de los profesionales, se considera pertinente hacer una breve reseña histórica del origen de la profesión, teniendo en cuenta que el contexto socio histórico es un elemento determinante para la comprensión del reconocimiento y posicionamiento que adquiere el Trabajo Social en la actualidad.

### 1.1 De la caridad y filantropía hacia el código de ética profesional.

La génesis del Trabajo Social, en su proceso de formación, estuvo estrechamente vinculada a aquellas instituciones dedicadas a la caridad y beneficencia.

Según Acosta (s/f), en nuestro país, tal caridad y beneficencia fue materializada bajo la creación de la denominada “La Hermandad de la Caridad”, la cual nació en Montevideo en 1775. Dicha hermandad, fue la primera fundadora del Hospital de Caridad, cuya finalidad estuvo dirigida principalmente, a cuidar de los internados, en lugar de curar de ellos.

Desde la perspectiva de dicho autor, éste tipo de organizaciones con finalidades caritativas y de asociación, serán en el siglo XX medicalizadas bajo el modelo del Estado Ballista<sup>2</sup>, más precisamente, a partir de la creación de diversos hospitales en

---

<sup>2</sup> “El Estado batllista supuso una innovación del tipo de Estado y de relaciones Estado economía-sociedad, pero significó también la continuidad de procesos ya desatados en las últimas décadas del siglo XIX.”(Yaffé; 2001:5)

todo el país, lográndose así que, en las tres primeras décadas de ese siglo, la asistencia pública estuviese medicalizada.

Según Claramunt y García (2015), el proceso de profesionalización del trabajo social en nuestro país "...se desarrolla en el marco de la especialización del trabajo que deriva de en prácticas interventivas como la concreción de un proceso de trabajo que integra a un conjunto diferenciado de agentes, entre los que se ubica el Servicio Social." (164).

Dichas autoras sostienen que, el origen de la profesión estuvo comprendido desde finales del siglo XIX y principios del XX; habiéndose creado en el año 1927 los primeros cursos de las llamadas "visitadoras", impartidos a nivel universitario en el Instituto de Higiene Experimental, dependiente de la Facultad de Medicina.

Según Acosta (s/f), tales cursos, concedían al egresado el título de "visitadora social de higiene", habiendo sido creados inicialmente, bajo la petición del Consejo de Enseñanza Primaria, con la finalidad de ocupar cargos públicos de Visitadoras Escolares, solicitando dicho consejo que fuese la Facultad de Medicina la institución responsable de tal formación.

Afirman Claramunt y García (2015) que, dichos cursos direccionaban su finalidad a la asistencia, beneficencia y disciplina, por intermedio de aquellas prácticas dirigidas a las múltiples secuelas y expresiones de la cuestión social.

Desde esta perspectiva, la profesión

"...se integra a un proceso marcado fuertemente por la secularización de la sociedad, el avance del positivismo y de una de sus expresiones: el higienismo, constituido en una de las respuestas a la cuestión social. El agente privilegiado fue el médico y requirió crecientemente de profesiones auxiliares; una de ellas fue precisamente el Servicio Social." (Claramunt y García, 2015:165)

Según Acosta (s/f), fue a partir del siglo XX, que se formularon diferentes políticas sociales con finalidad de diluir la cuestión social, situándose entre ellas el

---

Merecen ser destacados los planes del batllismo, dentro de los cuales "... la expansión del sector público de la economía, complementario del papel del sector privado que buscaba impulsar, ostentaba un lugar central. El Estado, redimensionado como regulador y agente económico directo, cumpliría un rol protagónico en el curso hacia una economía modernizada, diversificada, menos dependiente y más próspera. Retomando una línea ya insinuada e implementada en las últimas décadas del siglo XIX, el Estado sería redimensionado, incrementando el intervencionismo a efectos de cumplir un conjunto de objetivos concurrentes al desarrollo económico y el bienestar social." (Yaffé;2001:8)

surgimiento de políticas sanitarias, las cuales habilitaron por vez primera la intervención en la vida cotidiana de la población.

Desde la perspectiva de dicho autor, la demanda inicial estuvo dirigida a los Asistentes Sociales, proveniente desde las instituciones médicas, generándose la legitimidad de dichos profesionales en el proceso de intervención. Asimismo, cabe agregar que, parecería que no fue sino hasta la década de los años cincuenta que comenzó a utilizarse el término Asistente Social en lugar de visitadora social, habiéndose llevado a cabo en dicha década el Primer Congreso Nacional de Servicio Social.

Continuando con ésta línea de pensamiento, se podría evidenciar que el origen de la profesión en nuestro país, estuvo estrechamente ligada al higienismo, el cual

“...fue parte de un proyecto socio-cultural de gobernar por hegemonía a las "clases peligrosas", en el marco del "industrialismo" o de la implantación del ethos "productivista", acostumbrándolas a ser constantemente vigiladas y controladas en nombre de la salud, obteniendo por otro lado de ellas la información necesaria para este control. (Acosta, 2004:14)

Por otra parte, Ortega (2003) sostiene que si bien las primeras formas estuvieron ligadas al Servicio Social y las mismas correspondieron a las instituciones de la caridad y beneficencia, el Estado

“... anticipándose o no, con su gestión a las demandas sociales tuvo un papel central en el armado de una sociedad 'hiperintegrada'. En ese complejo proceso no sólo de instauración de políticas sociales fuertes sino además de ampliación de los procesos de medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización del Servicio Social.” (150)

Fue, por lo tanto, a partir de la creación de cargos estatales por parte del Estado (que serían ocupados por aquellas visitadoras escolares egresadas del Instituto Higiene Experimental), donde el mismo comenzó a demostrar su participación y ulterior respuesta frente a las demandas sociales provenientes de los sectores sociales dotados de prestigio, con la finalidad de poder ejercer control y disciplina sobre las clases subalternas. A partir de este momento, se podría considerar que, dicho Estado, desacreditó en cierta manera las gestiones realizadas por la hermandad, dando el primer reconocimiento social a la profesión, mediante la impartición de tales cursos de nivel universitario.

Los mencionados cursos, fueron impartidos hasta el año 1934. A partir del año 1936, se produce un cambio en la dependencia origen, pasando éstos a obedecer

directamente del Ministerio de Salud Pública. Manteniéndose hasta la década de los años cuarenta, la concepción basada en la asistencia y disciplina; suscitándose otro un viraje de cambio, en la órbita de la dependencia, en el año 1954, a través de la creación de la Escuela de Servicio Social (EUSS), la cual rindió cuentas, desde el año 1960 hasta el año 1967, bajo el ordenamiento del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. (Claramunt y García, 2015)

A finales de la década del 50, la formación de los Asistentes Sociales a nivel regional, estuvo determinada por los enfoques desarrollistas, convirtiéndose el Servicio Social como una técnica, la cual debía contribuir al proceso de desarrollo económico y social del país, incorporándose de esta manera, nuevas estilos de intervenir tanto a nivel grupal, organizativo y comunitario; ocurriendo en la década de los años 60, un proceso de renovación de carácter profesional: la “re conceptualización”, la cual a mitad de los sesenta, se cristalizó a través de los diferentes sucesos internacionales. (Claramunt y García, 2015)

En lo que respecta a nivel local, tales cambios, proporcionaron un cambio de direccionalidad de la profesión, lo cual trajo consigo modificaciones a nivel curricular de los planes de estudio, promoviendo la intención de ruptura con los modelos tradicionales, los cuales fueran cuestionados por su dimensión técnica y política, instalándose lo que sería entendido, como una nueva filosofía de la profesión.

El movimiento de reconceptualización según Acosta (2015), es caracterizado por la intención de redefinir la profesión.

“Es decir, en la categoría profesional fue planteada la propuesta de cambiar las bases socio-ocupacionales de sustentación material, o sea, el lugar del Trabajo Social en la división socio-técnica del trabajo, así como los supuestos teóricos y meta-teóricos en que se basaba el Servicio Social hasta ese momento (que a continuación pasó a ser llamado «tradicional»). Esta pretensión de restablecer, sobre nuevas a bases, el Trabajo Social se expresó hasta en el cambio en el nombre de Servicio Social, que pasó a ser llamado “Trabajo Social”. (30)

Estos intentos de cambios, se vieron afectados por el contexto político actual.

“Con la instauración de la dictadura militar y la intervención de la Universidad (1973-1984) se interrumpió el proceso de renovación y los impulsos reconceptualizadores se disiparon en diferentes organizaciones dentro y fuera de fronteras nacionales. (...) El autoritarismo atravesó los programas, la forma de enseñanza y la concepción del Servicio Social. . Se restauró una visión benéfico-asistencial, subordinando una

vez más el campo de actuación a la medicina y al derecho.” (Claramunt y García, 2015: 166)

Con el regreso de la democracia, y una vez instaladas las nuevas autoridades universitarias, en el año 1985, la Escuela Universitaria de Servicio Social (EUSS), comienza la elaboración de un nuevo plan de estudios basado en una reformulación del plan 1967, el cual recibe la aprobación del consejo en el año 1987, momento en el cual, se comenzó a idear en la coparticipación del Trabajo Social en la creación de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), la cual es creada en 1989, abriendo sus puertas al primer grupo de estudiantes en el año 1992. (Claramunt y García, 2015)

“Una de las intencionalidades más fuertes que subyacía a este proceso de incorporación a la FCS, era la de contribuir con ello a elevar el nivel académico de su cuerpo docente, así como paralelamente desarrollar la vertiente de producción de conocimientos (investigación) en trabajo social.” (Claramunt y García, 2015: 166)

La carrera de Trabajo Social, actualmente continua siendo impartida en la Facultad de Ciencias Sociales, dependiente de la Universidad de la República, y cuenta con un plan de estudios recientemente creado (año 2009), obteniéndose los primeros egresados de dicha Licenciatura en la actualidad.

Se podría considerar que dicho plan busca proporcionar al estudiante todas aquellas herramientas de carácter teórico, y técnico instrumentales, apuntalando de esta manera, a que el perfil del profesional egresado esté no solo dirigido a que el mismo cuente con capacidad de intervención, sino también, sea capaz efectuar de investigaciones sociales.

El profesional Trabajador Social actual, cuenta con la posibilidad de poder acceder a especializarse en distintas aéreas mediante la incorporación a cursos de posgrado dictados por la UDELAR, así como también realización de maestrías y doctorados en Servicio Social si lo desease.

Del anterior desarrollo histórico de la profesión, desde sus orígenes, basados en la caridad y beneficencia, hasta la actualidad como egresado de la Licenciatura impartida en la Facultad de Ciencias Sociales, perteneciente a la UDELAR, permitiría considerar desde una perspectiva personal que, de dicho proceso se evidencia un proceso que puede significar avances respecto a la legitimidad y reconocimiento actual de la profesión, el cual le fue adquirido en su proceso de formación, llegando a ser reconocido mediante el otorgamiento de título universitario, tanto en instituciones

públicas como privadas, así como también, cuenta con la capacidad de poseer su propio Código de ética profesional.

No debemos de dejar pasar por alto, el condicionamiento al que fue sometido en su transitar, a través de todos aquellos factores políticos, económicos, y sociales determinantes de la época, los cuales marcaron en su momento un modelo de intervención en la sociedad.

Tras varios años de gestión y previa organización sindical, por parte de los Trabajadores Sociales agrupados en busca de su reconocimiento legítimo, lo cual derivó en su momento con la creación del Sindicato de Asistentes Sociales del Uruguay (SASU), actualmente dichos profesionales, cuentan con el funcionamiento de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU), alcanzando a través de la misma, sus espacios de debate y formulación de proyectos.

Pudiéndose observar que, según ADASU (2015), a pesar de los logros obtenidos hasta el momento, actualmente la lucha continúa mediante la formulación del Proyecto de Ley de Reglamentación Profesional, mediante el cual se intenta mejorar las condiciones salariales, de trabajo y contractuales de los profesionales Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales del país.

## Capítulo 2: Variación del modelo de atención en salud.

El modelo de atención en salud impartido en todo el territorio nacional, sufrió cambios sustanciales a partir de la primera asunción del gobierno de la coalición de izquierda, en marzo del año 2005.

Previo a dicha asunción de gobierno, según los estudios efectuados por Bentura (2006), era posible identificar en el modelo de atención sanitario, una heterogeneidad respecto al acceso a los distintos servicios de salud, lo cual dependía del posicionamiento social y económico en el que se encontrase situado cualquier ciudadano. De esta manera, sostiene que,

“Uno de los principales problemas del sistema es la desigualdad en el acceso a los servicios, la cual esta dada por la capacidad económica del usuario, la población indigente se atiende en Salud Pública y en la cobertura privada los sectores que tienen recursos medios o altos, así como los trabajadores a través de DISSE.” (Bentura; 2006:76)

Continuando con los aportes de dicha autora, se destaca que, desde inicios de la década de los años ochenta, nuestro país experimentó una giro significativo en los discursos medico sanitarios y en las tecnologías bio-políticas dirigidas a la familia, habiendo suscitado dichos cambios en un contexto donde dominaba el paradigma neoliberal, dando lugar a la creación de nuevas políticas sociales, intentando a partir de esta reforma

“... pasar de un modelo de protección social universal y centralizado para otro focalizado y dirigido a sectores en situación de riesgo o marginalidad. Las modificaciones también suponen la racionalización de la intervención del Estado incorporando nuevos actores privados para la implementación de los servicios públicos.” (Bentura; 2006:75)

Por otra parte, se destaca el tipo de reforma sectorial habida en el campo sanitario, el cual remite a la promulgación del art. 275 de la Ley N° 15903, a partir del cual se establece la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), logrando con su creación la separación de los servicios de salud del MSP en una administración independiente.

“...con la creación de la ASSE se inicia un proceso de traspaso a terceros las funciones consideradas no sustantivas y la redistribución de responsabilidades y de recursos a través de un modelo de gestión descentralizada de los servicios de salud.” (Bentura, 2006:84)

De lo anteriormente expuesto, se desprenden las características más significativas del modelo de atención en salud anterior a la primera gestión del gobierno de la coalición de izquierda.

Según Midaglia y Antia (2007), fue a partir de la asunción del primer gobierno frenteamplista, en marzo del año 2005, bajo el mandato del Dr. Tabaré Vázquez, que el mismo, adoptó diferentes tipos de orientaciones políticas en relación a la reformulación del sistema de bienestar y protección.

Éstas orientaciones fueron caracterizadas como innovadoras, restauradoras y reformistas; dentro de ésta última, es donde se puede ubicar claramente la reforma en el sector de la salud, siendo la misma considerada en su plano una reforma ambiciosa, la cual estuvo

“...orientada a crear un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El principal objetivo del nuevo sistema es asegurar el acceso universal a los servicios de salud, guiado por principios de equidad, calidad y descentralización (Ley de Creación del SNIS). Las innovaciones de esta propuesta se plantean en tres planos: i) en el modelo de atención de salud, a través de la jerarquización del primer nivel de atención; ii) en la forma de gestión, mediante la articulación de servicios públicos y privados, con un órgano central de gobierno –la “Junta Nacional de Salud”–, y, finalmente, iii) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, a través de la creación de un fondo único de salud –FONASA– administrado centralmente.”(Fernández Galeano apud Midaglia y Antia; 2007:147).

Los cambios en el sector de la salud, se vieron reflejados a través de la creación de distintas leyes tales como: Ley Nro. 17930, Ley Nro. 18161, Ley Nro. 18211; así como también de la elaboración de diferentes tipos de ordenanzas ministeriales, y creación de diversos programas, elaborados por parte del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), destinados éstos últimos a la atención de los usuarios del Primer Nivel de Atención.

Las primeras reformas, salieron a luz a través del art. 264 de la Ley N°17.930, (referente al Presupuesto Nacional para el periodo de gobierno 2005-2009), el cual remite a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de la siguiente forma:

“El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los

habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.” (Art. 264 de la Ley N°17.930)

Por otra parte, otra de las reformas en este primer período de gobierno de izquierda, estarían determinada por la promulgación de la Ley N°18.161, de fecha 8 de agosto de 2007, a través de la cual, se crea como servicio descentralizado a la Administración de los Servicios de Salud Estado (ASEE), evidenciándose la creación de la presente Ley como uno de los cambios más significativos en esta gestión de gobierno en lo que atañe al campo de la salud.

La mencionada Ley, establece en dicho cuerpo normativo, la competencia, cometidos, poderes jurídicos, así como también aquellos aspectos relacionados a los recursos humanos, administrativos, patrimonio y recursos de carácter financieros, todo lo cual conforma la estructura del funcionamiento general de A.S.S.E.

Por otra lado, en lo que respecta a la Ley N°18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud, de fecha 13 de diciembre de 2007, a través de la distribución de sus distintos capítulos, establece en su cuerpo legal, la normativa que regula el sistema, sus objetivos y cometidos, principios rectores, enmarcando las entidades y servicios que lo integran, así como también, las responsabilidades competentes, tanto al sector público como al sector privado de salud.

La mencionada Ley, establece asimismo el funcionamiento y financiamiento del sistema, dando origen a la creación de la Junta Nacional de Salud y a la RED de Atención en Salud.

En relación a ésta última, se considera aquí relevante destacar el art. 34 de la mencionada Ley, a partir del cual

“El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.” (Art. 34 de la Ley N° 18.211)

Se podría considerar entonces que, el Ministerio de Salud Pública, haciendo lugar a lo establecido por la Ley 18211, elabora diversos programas destinados a la RED de Atención en Salud, respetando los diferentes niveles de atención creados, habiendo sido seleccionados para el análisis de la presente monografía, aquellos que se dirigen al Primer Nivel de Atención.

“El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.” (Art. 36 de la Ley N° 18.211)

De lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta lo que respecta a los últimos periodos de gobierno, se podría considerar que se evidencia claramente la variación del modelo de atención en salud a lo largo de la historia.

El cual, si bien pareciera que la transición en el modelo fue de carácter progresivo a finales del siglo XX, fue a partir de la asunción del primer gobierno de izquierda, que se logra evidenciar con claridad la disolución del viejo modelo de atención, promoviendo a través del SNIS la universalización de los derechos de acceso a la salud, buscando de esta manera intentar homogenizar el acceso a población a los servicios de salud, involucrando al sector privado, generándose por consiguiente un cambio de paradigma en el modelo de atención.

### Capítulo 3: El Trabajo Social desde el análisis de los Programas de RAP-ASSE

Corresponde iniciar el presente capítulo, tomando los aportes de Alayón (2007), respecto a la figura del Trabajador Social.

Dicho autor sostiene que,

*“El trabajo social- como cualquier otra disciplina- no constituye una categoría abstracta, que funciona independientemente de las determinaciones histórico-sociales que se registran en tal o cual país en un periodo particular. El emparentamiento del trabajador social con el funcionamiento y características de la sociedad en su conjunto, constituye una variable ineludible para entender el porqué, el cómo y el para qué de la profesión. De ahí que concluimos que el Trabajo social requiere ser considerado en el contexto de los procesos económicos y políticos vigentes.” (Alayón, 2007:10).*

A partir de esta perspectiva, y tomando en cuenta el contexto económico y político donde se crearon los programas de Atención Primaria en el marco establecido por las reformas del sistema de salud, se procederá a analizar si existe o no la participación del Trabajador Social en dichos programas. Ésto es, si se les es llamado o no a formar parte en el proceso de implementación de tales programas, lo cual permitiría visualizar su posicionamiento actual.

Por consiguiente, analizando los programas seleccionados para dicho estudio, se puede visualizar la figura del Trabajador Social o Asistente social de manera explícita como integrante del equipo de atención.

El Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez (2006), especifica el personal capacitado para formar parte del equipo de atención, estando dicho equipo de trabajo dividido en dos ejes, uno longitudinal, integrado por el médico pediatra, enfermero/a, y personal administrativo, y por el otro lado el eje transversal, situándose allí la participación del Trabajador Social conjuntamente a otros profesionales (odontólogo, psicólogo y nutricionista).

Asimismo en el mencionado programa, se exhorta a las instituciones prestadoras del servicio de salud, a que las mismas cuenten con las instalaciones y recursos materiales acordes para la implantación de dicho programa, así como también “Acceso facilitado a interconsultas básicas: odontólogo, inmunización, psicólogo, ginecólogo, trabajador social. “ (MSP, 2006:14)

Pudiéndose una vez más identificar la presencia del Trabajador Social, exhortándose su acceso, y considerando el tipo de consulta como “básica” para el arribo del programa.

Cabe destacar que, dicho programa cuenta con la elaboración por parte del MSP, de un Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud, en el cual también se hace posible identificar la participación del Trabajador Social, siendo convocado a formar parte del equipo multidisciplinario.

“Es necesario que en cada servicio se conforme un equipo multidisciplinario de referencia para maltrato y abuso sexual infantil. Estará integrado al menos por un pediatra y/o médico especialista en medicina familiar y comunitaria, un licenciado/a en trabajo social, un técnico en salud mental y personal de enfermería. El equipo será referente en el tema, complementará diagnósticos y orientará acciones respecto a situaciones complejas. Además, tendrá a su cargo la capacitación del personal del centro de salud.” (MSP; 2009: 29)

En dicho mapa de ruta, se establece la tarea específica que debe de ser llevada a cabo por el trabajador social, la cual forma parte del seguimiento de dicho programa.

“El trabajador o la trabajadora social del equipo de salud establecerá contacto con las redes familiares, sociales o comunitarias, transmitiendo los antecedentes y coordinando acciones tendientes a la protección y tratamiento del niño y la familia.” (MSP, 2009: 33)

Respecto al Programa Nacional de Salud Adolescente, la figura de la profesión aparece aquí también de manera explícita, siendo nombrado para este caso como Asistente Social, visualizándose su participación en las actividades elaboradas respecto a los objetivos específicos de dicho programa.

Tales actividades, según lo establecido por el mencionado programa, tendrán un enfoque Interdisciplinario Bio-sicosocial, integrado por profesionales especializados en el área de pediatría, Psicología, Ginecología, Odontología, Nutricionista, Asistente Social, entre otros. Visualizándose la figura de la profesión, dirigida a la actividad de prevención y atención del adolescente y su familia.

De igual manera que el Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez (2006), el MSP elaboró para el Programa Nacional de Salud Adolescente, una Guía de Abordaje para su implementación en el Primer Nivel de Atención. En la misma, si bien no aparece la figura del trabajador social de manera explícita, si se tomaron en cuenta

para su elaboración, a partir de los aportes efectuados a partir del Protocolo de Intervención del Departamento de Trabajo Social del Hospital de la Mujer ante situaciones de desvínculo entre madre de origen y recién nacido, ASSE- INAU- ACJ. 2006.

En cuanto al Programa Nacional de los Usuarios Problemáticos de Drogas, se visualiza la profesión de igual manera que en el programa anteriormente analizado, notándose en esta instancia la figura del Asistente Social como integrante del equipo de atención, en el proceso de rehabilitación del paciente en tratamiento contra el uso de las drogas. Dicho programa, tiene dos ejes de intervención centrales por un lado el psicofarmacológico y por otro el psicosocial, situándose en éste último la clara intervención del profesional Asistente social.

Los programas aquí analizados, conjuntamente con sus mapas de rutas y guías de abordaje, se consideran que fueron construidos con la finalidad de ser llevados a cabo dentro de un marco institucional, de esta manera entendemos que independientemente del objetivo principal de cada programa, la tarea propiamente dicha del Trabajador Social, estará condicionada por la política institucional que en la que se encuentren inmersos.

“Esta situación genera limitaciones a la profesión ya que es la institución quien va imprimiendo a los profesionales un “punto de vista” el cual si no es adecuadamente objetivado limita la acción profesional.” (Bentura, 2006: 61)

Por otra parte, es menester destacar que, en cada uno de los programas, el trabajador social es incorporado como integrante del equipo de trabajo interdisciplinario, por lo que se debe de tener que,

“(…) La interdisciplina surgió como forma de resolver ciertos problemas prácticos (….) el problema como tal presenta múltiples facetas que exceden las posibilidades de las ciencias particulares y requieren un abordaje integrativo desde múltiples aspectos que están en juego.” (Ander Egg, 1993:32)

Por lo que se debe de tener presente que, la interdisciplina desde esta perspectiva, formaría parte de una estrategia a priori a la intervención, con la finalidad de cubrir las distintas demandas que les fueran presentadas, siendo el Trabajador Social llamado a intervenir de manera interdisciplinaria en el campo de la salud.

Según Carballada (2013)

“...la intervención se origina a partir de algún tipo de demanda, que puede ser institucional o espontánea. Pero, esa demanda se encuentra signada por

diferentes discursos valorativos de la profesión o disciplina que la está llevando a la práctica. En pocas palabras, la “oferta” de intervención social genera demanda, a partir de la construcción simbólica de la profesión, el tipo de intervención más frecuente, la institución y las tramas sociales donde circula.”(55)

Asimismo, se destaca que, podría evidenciarse a partir del análisis de dichos programas que, las funciones que les son atribuidas al Trabajador Social o Asistente Social son las mismas, y estarían basadas en la dimensión asistencial que configuran a la profesión, la cual desde la perspectiva Claramunt (2009) remite a

“...el componente del accionar profesional que se encuentra más estrechamente asociado a la existencia y otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos. (...) Implica la identificación de los recursos sociales existentes y su caracterización, así como el manejo de los mecanismos de acceso (...) incluye todas las acciones que facilitan el acceso de las personas a los organismos prestadores y que hacen saber a éstos, las necesidades de la población.” (96)

Continuando con esta línea de pensamiento, podría igualmente considerarse que la tarea otorgada al trabajador social en los programas estudiados, no escaparían de la dimensión socioeducativa descrita por Claramunt (2009), basada en la orientación, y motivación de los usuarios a realizar determinadas acciones que fomentan el orden social.

#### Capítulo 4: Autonomía y Legitimidad del Trabajo Social a partir de los Programas Prioritarios en Salud

Con la finalidad de conocer el posicionamiento que adopta el trabajador social en el campo de la salud a partir del análisis de los programas prioritarios en salud, se considera pertinente adoptar en primera instancia los aportes de Freidson (1987), respecto al entendido de la autonomía profesional.

Desde la postura del mencionado autor, dicha autonomía profesional no es absoluta, por ser el Estado quien "...detenta el poder último y garantiza autonomía condicional para algunos." (Freidson; 1987:39)

Asimismo, considera que para poder alcanzar la autonomía de una profesión, se debe de poder controlar un área de trabajo delimitada. Para ello hace alusión a la autonomía técnica", considerándola como

"...el centro de lo que es exclusivo en una profesión, y que, en efecto, una vez obtenida esta autonomía central, segmentos de autonomía, como mínimo, le siguen en las demás zonas (...) Concedida la autonomía sobre su técnica, el profesional tiene una cantidad de privilegios que le otorgan una fuerte ventaja en otras esferas de la práctica." (Freidson; 1987:59)

Según Bentura (2006), es la "...autonomía técnica, al control de lo que la profesión hace, de tal manera que quien no haya obtenido las credenciales oficiales no puede realizar dichas tareas y que no pueden ser evaluados por alguien de fuera de la profesión." (97)

Desde esta perspectiva, solo poseería autonomía quien goce del título habilitante para ejercer tal profesión, para el cual ha recibido previa formación académica, como lo es el caso del egresado de la Licenciatura de Trabajo Social, aquel que una vez obtenido el título universitario tendrá la posibilidad de efectivizar su intervención profesional en el marco institucional en el cual este inserto, no pudiendo ser cuestionado su accionar por quienes no detentan de dichas credenciales.

A partir de los diferentes programas seleccionados para el presente estudio, en lo que respecta a la autonomía del trabajador social, a partir de las consideraciones teóricas anteriormente expuestas, se podría considerar que el mismo poseería autonomía profesional, en el entendimiento que su figura aparece en los distintos programas de igual manera que los demás profesionales integrantes de los equipos de atención a los usuarios, sin hacer ningún tipo de distinción al respecto.

Es incluido como un integrante más de los equipos técnicos de trabajo, por la capacidad de poseer una credencial oficial (manejando los términos de los autores anteriormente mencionados), lo cual le permite ocupar un espacio dentro de los programas, efectuar su intervención, establecer un diagnóstico y seguimiento del caso, dependiendo de los objetivos y lineamientos establecidos en cada programa.

Por otra parte, corresponde destacar que, los programas de la fueron elaborados con la finalidad de ser llevados a cabo dentro de un marco institucional, por lo que se considera relevante precisar a qué nos referimos cuando hablamos de instituciones.

Éstas son definidas como "...aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos por ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social." (Schvarstein, 1992:26)

Desde esta perspectiva, una institución es un nivel de la realidad social, que se relaciona con el Estado creador de leyes, incluyendo a los grupos y las organizaciones, siendo el encuadre institucional donde se implementan los Programas Prioritarios en Salud, el corresponde al campo sanitario.

Por otra parte, se deben de tomar en cuenta para el presente análisis, los aportes efectuados por Weisshaupt (1988) respecto a las instituciones.

Desde tal perspectiva, la institución es la cual determina la legitimidad de los agentes institucionales, por ser el ámbito que implica relaciones de fuerza, no dejando por ello de ser un instrumento de dominación. Siendo entonces desde esta postura, un campo de lucha constante por alcanzar estatus quo.

Nada menor, es la afirmación que hace este último autor respecto al lugar que ocupa el trabajador social en el ejercicio de su práctica profesional en las diferentes organizaciones institucionales, donde el mismo presta sus servicios.

"Comefeito, na maioria das organizações, o assistente social é agente institucionalmente subordinado." (Weisshaupt, 1988: 46).

Según Weisshaupt (1988), es el médico en tanto profesional, quien recibe en el campo de la salud un lugar privilegiado, porque su objeto es el objeto insititucional. Dicho privilegio le otorga autonomía de ejercicio y decisión, así como también reconocimiento profesional y por consiguiente su legitimidad, la cual le es proporcionada desde el ámbito institucional.

Afirma dicho autor que, de este modo, se desplazan las demás especialidades como los son enfermería, administrativos, técnicos y conjuntamente con ellos a los Trabajadores Sociales, pasando éstos a ocupar, por ende, un lugar subordinado en cuanto a decisión, y desempeño de sus funciones, lo cual a su vez, se visualiza a partir de los objetivos elaborados por la propia institución.

Ahora bien, a partir de las consideraciones anteriormente expuestas, y prosiguiendo con el análisis de los programas elaborados por la RAP-ASSE, seleccionados para la presente monografía, es que se permitiría observar que, para el caso de los trabajadores sociales, dichos programas lo incluye dentro de un equipo interdisciplinario en igualdad de condiciones que al resto de los integrantes que conforman dicho equipo. Esto se pudo evidenciar, [por ejemplo](#), a partir del Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez, el cual establece:

“La formación de equipos interdisciplinarios es una construcción colectiva que exige una democratización del poder entre los distintos actores, desde el / la pediatra hasta el administrativo, pasando por el personal de enfermería, de nutrición, y otros. El reconocimiento de los roles de cada cual y de su aporte hacia la integralidad de los mensajes e intervenciones es el primer paso hacia la escucha respetuosa y la construcción conjunta” (MSP; 2006: 13)

Esta manera de incluir al trabajador social en igualdad de condiciones dentro del equipo interdisciplinario, estaría en cierta manera en contraposición a lo planteado por Weisshaupt (1998), quien sostiene que solo el saber médico profesional es el que detenta de autonomía legítima.

A partir de dichos programas, se los puede ver a los trabajadores sociales, no sólo como aquellos integrantes de un equipo de profesionales los cuales deben de trabajar en conjunto con otras disciplinas, subordinados todas ellas al saber médico, sino que por lo contrario, dichos profesionales conforman otro canal de implementación del programa distinto al que, solo el médico puede concretar en cuanto tal, convirtiéndose en necesaria su participación para poder abarcar otros aspectos que no solo remitan a la salud física del usuario (al que solo el médico puede asistir), sino a los demás factores los cuales son considerados muchas veces el centro o foco de origen de las demás patologías, y por consiguiente el promotor para la formulación de dichos programas.

“En este contexto el Asistente Social se incorpora de forma subsidiaria para la intervención en algunos aspectos que escapan al dominio médico como lo son las intersecciones entre la institución y los usuarios.” (Bentura, 2006: 62)

No se debe de olvidar que, tal como sostiene Bentura (2006) “En el campo de la salud el poder simbólico ejercido por la profesión médica es determinante ya que poseen el monopolio del objeto institucional (la salud) históricamente conquistado.” (61)

Quizás sea ésta la consideración que permita hacer comprender por qué se cuestiona la autonomía y legitimidad de la profesión en el campo sanitario, y se da muchas veces por sentado que solo es el profesional medico quien detenta de autonomía y legitimidad absoluta en dicha área, por ser éste históricamente el poseedor del monopolio del objeto institucional.

Esta perspectiva, dejaría entrever que todas las demás profesiones estarían subordinadas al saber medico profesional, no pudiéndose demostrar tal subordinación a partir del análisis de los distintos programas prioritarios en salud, no lográndose identificar un monopolio de saberes, sino que por lo contrario, cada programa puntualiza en la creación de un equipo de trabajo multi e interdisciplinario, en donde cada integrante, es necesario para la adecuada puesta en marcha del programa, en el entendido de que cada uno de los distintos profesionales es poseedor de conocimientos que le permiten intervenir adecuadamente, para el área al que fuera llamado a formar parte.

Por otro lado, se considera necesario destacar que

“Las prácticas profesionales se encuentran de esta manera subordinadas a la lógica institucional operando esto con mayor o menor fuerza de acuerdo a los grados de autonomía que la profesión haya conquistado y a los espacios logrados en las luchas por el valor simbólico de su capital específico lo cual esta íntimamente relacionado con el abordaje que la profesión realiza respecto del objeto institucional.” (Bentura, 2006: 60)

No se debe de dejar pasar por alto tal afirmación, en donde si bien los profesionales podrán tener autonomía desde los programas, se debe de tener presente que las prácticas profesionales, desde la óptica de Bentura (2006), se encuentran condicionadas por la lógica institucional y por ende subordinadas a las mismas.

Por otro lado, en busca de indagar respecto a la legitimidad de la profesión, analizando los programas, se observa un elemento que llama la atención, y es la consideración de tomar en cuenta la visión de los profesionales Trabajadores Sociales a la hora de la creación y formulación de los distintos programas.

El Programa Nacional de Salud de la Niñez, fue elaborado con la colaboración de la Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (ADASU), lo que podría demostrar la importancia que detenta de tales profesionales a la hora de formular un programa de alcance nacional, dirigido a un sector de la población considerado vulnerable como son los niños y niñas en nuestro país.

Por otra parte, se entiende pertinente destacar que:

“...para el campo específico del Trabajo social, es preciso formular proyectos profesionales (...). Lo que sostenemos es la necesidad de formular alternativas que aseguren una práctica profesional autónoma, que nos brinde la capacidad de comprender, de definir los problemas y de delimitar la intervención, y que nos permita, asimismo, desarrollar una acción eficiente en el sentido más genuino de la palabra. Es decir, que conduzca a hacer efectivos, como decíamos antes, derechos que ya constan en las normas, pero que siguen siendo virtuales. Desde este punto de vista, las instituciones no solamente son un lugar de desempeño profesional, sino que también deben ser objeto de la reflexión y de la práctica de los trabajadores sociales.” (Alayón, 2007:15).

Por otra lado, en lo que refiere al mapa de ruta diseñado para el abordaje del Programa Nacional de Salud de la Niñez, el mismo contó en su creación, con la participación de un Asistente Social perteneciente al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR- ASSE-MSP), como integrante del equipo técnico de elaboración del mencionado documento,

Estos hechos, permitirían interpretar la visión que se tiene de dichos profesionales al ser tomados en cuenta a la hora de la formulación de tales documentos. Pudiendo reflexionar a partir de ello, que la profesión ha ido ganando legitimidad y reconocimiento social, al ser tenida en cuenta no solo para la integración de los equipos de trabajo, sino también, por entender importante su participación en el armado y diseño de los dichos programas.

## Conclusiones

A partir estudio monográfico expuesto en el presente documento se pudo constatar que mediante la metodología cualitativa de carácter exploratoria seleccionada para el análisis de las distintas fuentes documentales, se pudo alcanzar el objetivo general formulado, generando nuevos aportes al conocimiento sobre la autonomía y legitimidad que detentan los Trabajadores Sociales insertos en el campo de la salud desde los Programas elaborados por RAP-ASSE., impulsando igualmente, una mirada crítica sobre las cuestiones que transversalizan el tema elegido.

Seria innegable no reconocer que es a partir de la primera asunción del gobierno de la coalición de izquierda, cuando se generan las reformas más destacadas en el sector de la salud, evidenciándose un giro en el modelo de atención en busca de la universalización del acceso a los servicios.

El nuevo modelo de atención, oficio los primeros motores impulsores de cambio, para el nuevo posicionamiento de la profesión en el campo de la salud, mediante el llamado a formar parte de los equipos de atención desde los programas formulados para el Primer Nivel de Atención.

Considerando que si bien , el origen de la profesión siempre estuvo ligado al campo sanitario, dirigido su accionar a educar y controlar con la finalidad de abatir y a prevenir en salud, pareciera que esta reciente reforma en la órbita de la salud colabora al reconocimiento legítimo de la profesión

Fruto del análisis efectuado, fue posible identificar el posicionamiento y reconocimiento que adquiere la profesión en el área de la salud, así como también las limitaciones y condicionamientos impuestos a nivel institucional, y por ende Ministerial, los cuales condicionan su quehacer profesional. Habiéndose llegado a la conclusión que los profesionales trabajadores sociales poseen autonomía y legitimidad en dicho campo, pudiéndose considerar que existe una imagen difusa respecto al posicionamiento que tiene la profesión en las instituciones médicas, partiendo de la consideración que, es el saber médico profesional es aquel que posee privilegio en dicha área, y comprobándose que, a pesar de ello, el Trabajador Social tras haber atravesado diferentes luchas por su reconocimiento legítimo, hoy día es identificado como un profesional capaz y necesario para la implementación de determinados programas a los que es llamado a formar parte, tanto en su puesta en marcha, así como también para la elaboración en el momento de creación de los mismos.

Consideración éste última, nada menor a la hora de develar la legitimidad de la profesión.

Por otra parte, se pudo comprobar que, en cada uno de los programas analizados, el trabajador social era posicionado dentro del equipo técnico, no estableciendo de manera directa las tareas a desempeñar en su labor.

Éste hecho, podría abrir paso a otras cuestiones que involucran a la autonomía y libertad de ejercicio profesional, en el entendido que, el trabajador social deberá de cumplir sus funciones de manera multi e interdisciplinaria, por lo que podría preguntarse si, ¿en la práctica existe primacía de una profesión sobre las demás integrantes del equipo?, así como también, ¿ existe dentro de dicho equipo un juego de luchas por la obtención del estatus quo?, e incluso preguntarnos ¿De qué manera se concilian las diferentes posturas dentro del equipo interdisciplinario?, en caso de existir un consenso, claro está.

Del estudio exploratorio, de carácter documental empleado en la presente monografía, como se puede observar surgen otras cuestiones, e interrogantes relevantes, que también se direccionan en torno a la autonomía y legitimidad del trabajo social.

Las mismas, se consideran que, podrían alcanzar una respuesta a través del análisis de la perspectiva que adoptan las demás profesiones insertas en el campo de la salud, en torno al trabajo social. En este sentido, dichas respuestas estarán determinadas por el propio accionar de la profesión, a partir de su quehacer profesional, no pudiéndose en esta oportunidad y mediante el tipo de diseño seleccionado realizar tal precisión, entendiéndose que sería el uso de la técnica de entrevistas, la que podría responder a interrogantes anteriormente planteadas, y a aquellas tales como ¿los demás integrantes del equipo interdisciplinario reconocen la importancia del Trabajo Social en los programas del Primer Nivel de Atención?

Interrogantes todas ellas que quedarán en el tintero por el momento, pues se debería entonces de ampliar el espectro exploratorio, y realizar un estudio con otra técnica que permita indagar respecto a ello, las cuales podrían estar dirigidas a los demás integrantes del equipo interdisciplinario.

La elaboración de la presente tesina, efectuada con la finalidad de culminar mis estudios de la Licenciatura en Trabajo Social, colaboró con los nociones que he adquiridos a lo largo de la carrera, sumando conocimientos respecto al proceso de profesionalización, así como también permitió interiorizarme en el área de la salud, en

la búsqueda por conocer el posicionamiento actual del trabajador social en dicho campo.

Asimismo, éste proceso de elaboración documental, lo considero enriquecedor para dar el cierre a una etapa de formación académica, la cual parece estar dirigida a formar profesionales enfatizando en la capacidad de que los mismos sean capaces de generar conocimiento, así como también fomenta la fase investigativa de la profesión.

## Bibliografía:

- **Acosta, Luis** (s/f) La mediación del “higienismo” en la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/486/Luis.Acosta..pdf> [Acceso 04/2016]
- **Acosta, Luis** (2015) El proceso de renovación del Trabajo Social en Uruguay. Revista Fronteras N°9. UDELAR. FCS Montevideo. Uruguay.
- **Ander Egg, E y Follari, R** (1993) Trabajo social e interdisciplina. Buenos Aires. Humanitas.
- **Alayón, Norberto** (2007) Acerca del quehacer profesional del Trabajo Social”. En: La profesionalización en Trabajo Social: Rupturas y continuidades, de la Re conceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos. Foro Debate. Margarita Rozas Pagaza (Coordinadora). 1° ed. Editorial ESPACIO. Buenos Aires.
- **Bentura, C** (2006) Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico. Disertación presentada como requisito para la obtención del Título de Master en Trabajo Social, UDELAR. FCS Montevideo. Uruguay
- **Bentura, C.** (2009) La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud en Fronteras No. 5. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Publicaciones/Fronteras/fronteras.pdf>; [Acceso 20/04/2016]
- **Carballeda, Alfredo Juan Manuel.** (2013) “La intervención en lo social como proceso”. Espacio. Buenos Aires.
- **Claramunt Abbate, Adela.** (2009) El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. Revista Fronteras N°5. UDELAR. FCS Montevideo. Uruguay
- **Claramunt; Garcia.** (2015) La formación continua de los trabajadores sociales en debate: trayectoria, límites y desafíos. Revista Fronteras N°8. UDELAR. FCS Montevideo. Uruguay.
- **Freison, E.** (1978) La profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Ed. Península. Barcelona.
- **Midaglia, C. y Antía, F.** (2007) “*La izquierda en el gobierno: ¿Cambio o*

*continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguaya de Ciencia Política, vol. 16. Montevideo. Uruguay.

- **Ortega, Tomasino, y Vecinday** (2011) La construcción de la autonomía del Trabajo Social en campos conflictivos. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de Trabajo Social: Autonomía, Ética y Compromiso Social. ADASU-DTS/FCS/UR- UCUDAL, Montevideo, 12, 13 y 14 de mayo de 2011.
- **Ortega Cerchiaro, Elizabeth** (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Disertación presentada como requisito para la obtención del Título de Master en Servicio Social, UDELAR. FCS Montevideo. Uruguay
- **Rozas Pagaza, Margarita coord.** (2007) La profesionalización en Trabajo Social: Rupturas y continuidades, de la Re conceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos. Foro Debate. Margarita Rozas Pagaza (Coordinadora). 1° ed. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- **Sautu** (2005) Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología”. CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina.
- **Scharstein, Leonardo** (1992) “*La Psicología social de las organizaciones.*” Paidós. Buenos Aires.
- **Travis, B** (2006) La dimensión técnico- instrumental en trabajo social”. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- **Weisshaupt, Jean Robert** (1988) As funções sócio- institucional do serviço social. Sao Pablo. Cortez
- **Valles, M.** (s/f). Técnicas cualitativas de investigación social. editorial síntesis. Madrid España, Sorokin, (s/f). Estructuras genéticas de los fenómenos socioculturales. Editorial país.
- **Yaffé, Jaime** (2001) El intervencionismo Batllista: Estatismo y Regulación en Uruguay (1900-1930). Facultad de Ciencias Económicas y de Administración Universidad de la República. DT1/01. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4275/5/dt-01-01.pdf> [Acceso 20/06/2016]

### Fuentes Documentales:

- ADASU (2012). Workshop sobre la Definición Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) Río de Janeiro, 8 y 9 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/210/Aportes.para.Definicion.anio.2012..pdf>; [Acceso 27/03/2016]
- ADASU (2015) Mesa Debate "Trabajo Social en lucha: por mejores condiciones de trabajo, salariales y contractuales".- Reglamentación Profesional del Trabajo Social Uruguayo: "Un Derecho que Garantiza Ciudadanía". Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/494/Por.que.es.importante.la.Ley..pdf>. [Acceso 22/06/2016]
- Administración de los servicios de Salud del Estado (ASSE). Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE). Disponible en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_2371\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html), [Acceso 09/07/2015]
- Gestión y Evaluación (AGEV)- OPP - Oficina de Planeamiento y Presupuesto. TRANSFORMACIÓN DEMOCRÁTICA DEL ESTADO CALIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DOCUMENTO # 2 PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN RAP - ASSE. Año I, diciembre de 2008. Disponible en: [http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/09\\_transformacion\\_democratica\\_del\\_estado\\_\(doc2\\_-\\_rap\\_asse\\_2\).pdf](http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/09_transformacion_democratica_del_estado_(doc2_-_rap_asse_2).pdf) [Acceso 30/05/2016]
- Ley N° 17.930 PRESUPUESTO NACIONAL 2005 - 2009. APROBACION, Disponible en: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/3591/2/ley17930\\_arts.\\_264\\_y\\_265.\\_sistema\\_nacional\\_integrado\\_de\\_salud\\_recursos\\_financieros.pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/3591/2/ley17930_arts._264_y_265._sistema_nacional_integrado_de_salud_recursos_financieros.pdf) [Acceso 30/05/2016]
- Ley N° 18161 Administración Servicios Salud Estado (ASSE). SERVICIO DESCENTRALIZADO MINISTERIO SALUD PUBLICA. CREACION. Disponible en: [https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly\\_Nro=18161](https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=18161) [Acceso 30/05/2016]
- Ley 18.211.- Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: [www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=-](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=-), [Acceso 10/07/2015]

- M.S.P. (2006) Reestructura del Primer Nivel de Atención Mercado de trabajo del sector salud. Trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y el Sindicato Médico del Uruguay.- Documentos de Trabajo de Economía de la Salud N° 3/06. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/DT\\_3-06.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/DT_3-06.pdf) [Acceso 30/05/2016]
- M.S.P. –La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Disponible: en [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_la\\_construccion.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf). [Acceso 30/05/2016]

#### Material Empírico:

- M.S.P.(2007), “*Programa Nacional de Salud Adolescente*”; Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/programa-nacional-de-salud-de-adolescencia-y-juventud-2007>; [Acceso 22/10/2015]
- M.S.P.(2007), “*Programa Nacional de Atención los Usuarios Problemáticos de Drogas*”; Disponible en: [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_6447\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_6447_1.html); [Acceso 22/10/2015]
- M.S.P. (2006) “*Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez*”; disponible en: [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_709\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_709_1.html); [Acceso 22/10/2015]
- M.S.P. (2009) Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Disponible en: [http://www.bibliotecaunicef.uy/doc\\_num.php?explnum\\_id=27](http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=27), [Acceso 30/05/2016]
- M.S.P. (2009) Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescente en el Primer Nivel de Atención. Tomo I. Uruguay Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia\\_abordaje\\_salud\\_adolescente\\_08\\_10%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente_08_10%5B1%5D.pdf), [Acceso 30/05/2016]