

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

**Una encrucijada en constante evolución :
salud y trabajo social**

Jacqueline de Martino

Tutor: Teresa Dornell

2004

ÍNDICE

TEMARIO	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	1
Organización de la tesis.....	4
 CAPÍTULO I: Incursionando hacia una precisión teórica de la salud	5
I.1 Visión de organismos internacionales.....	5
I.2 Otros conceptos de salud.....	6
I.3 La salud y sus formas de operacionalización	9
 CAPITULO II: Salud y sociedad	10
II.1 Un poco de historia.....	10
II.2 El hombre como un ser social y cultural	13
II.3 Determinantes de Salud.....	16
II.4 Incidencia del sistema político, económico y social en la salud.....	19
II.5 ¿Cómo satisfacen la necesidad de salud las sociedades?.....	20
II.6 El proceso salud –enfermedad concebido en términos de mercancía.....	23
II.7 Rol del Trabajador Social en las relaciones de salud-productividad.....	27
II.8 Un modelo de atención alternativo.....	30
 CAPITULO III: Trabajo Social y salud	
III.1 Aproximación a la definición de Trabajo Social.....	32
III.1.1 De acuerdo al plan de estudio.....	32
III.1.2 De acuerdo al estatuto del código de ética para el servicio social o Trabajo Social del Uruguay.....	32
III.2 Principios operacionales.....	33
III.3 Delimitación del espacio profesional.....	35
III.4 Perspectiva para definir el rol del Trabajador Social en la salud.....	38
III.5 Objetivos del Trabajador Social.....	39
III.6 Líneas de acción.....	42
III.7 El Trabajo Social y las políticas de Salud.....	43

III.7.1 Políticas de salud.....	43
III.7.2 Un cambio necesario.- Las políticas y el Sistema Nacional de Salud.....	44

CAPÍTULO IV: A modo de conclusión.....47

IV.1 Aportes alternativos del Trabajo Social a la salud: Participación de la comunidad, promoción y educación popular en salud.....	47
IV.1.1 Participación.....	47
IV.1.2 Promoción en salud.....	50
IV.1.3 Educación popular.....	51

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía general.....	53
Bibliografía específica	54
Fuentes documentales.....	57

Sección Anexos.....	58
----------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo cumplir con lo establecido curricularmente para dar por culminada la Licenciatura en Trabajo Social.

El tema seleccionado constituye para mí todo un desafío ya que la realización de éste trabajo no solo parte de la formación social encarada a la investigación e intervención de los problemas sociales, sino que además surge de la propia experiencia de trabajo en el área de la salud.

El objeto de estudio es la *Salud y Trabajo Social*. A tales efectos, se plantean objetivos generales: *el análisis de los conceptos de salud y reflexión de los roles del Trabajador Social en esta área de desempeño*. Acompañando a estos, están los objetivos específicos: *Explicitación del concepto de salud desde una perspectiva biosicosocial, definición del Trabajo social, y descripción de los aportes del trabajo Social en esta área temática*.

La metodología empleada se basa específicamente en un cuestionamiento de la teoría leída, de forma tal de que interrelacionen el aprendizaje de la licenciatura en Trabajo Social, con la experiencia de trabajo en el área de la salud.

Se investiga el tema seleccionado a partir de una perspectiva biosicosocial como dimensiones determinantes y condicionantes de la salud. A tales efectos se realizará una revisión de las relaciones de salud con lo social, identificando su rol con relación a las fuerzas productivas y a la economía de consumo. La salud y las dimensiones que la determinan y los aportes del Trabajador Social en cuanto a la promoción, educación popular y participación, nos conduce a una reflexión, que permitirá la creación de un espacio intermedio donde se construya una mirada a partir de la articulación entre dos saberes.

La salud no es un tema estudiado desde la licenciatura del Trabajo Social, lo que llama la atención debido a que el origen del Trabajador Social en el Uruguay, está íntimamente ligado a la práctica médica. Esto se debe posiblemente a que ha sido un tema exclusivo de la medicina, subordinando los aportes que pudiere realizar otras ciencias.

Se debería considerar la temática de la salud desde la perspectiva del Trabajo Social, más aún si tenemos en cuenta el carácter preventivo de nuestra profesión en el campo social, y los aportes que desde allí se puede (o podemos) realizar.

Hoy asistimos a una medicina altamente mercantilizada, reparadora, individualizada. Coherente a una sociedad capitalista, donde el tema de salud pasa más por el discurso en cuanto a su magnitud, su repercusión en lo social, pero hasta el momento no se vislumbra un accionar gubernamental y/o de parte de la sociedad en pos de una salud comunitaria. Esta perspectiva, trajo aparejada que la situación de la salud en el país se inscriba en un contexto sociopolítico caracterizado por una severa crisis resultado de una economía globalizada, neoliberal y fuertemente especulativa. Algunas de sus manifestaciones visibles son: la restricción de gastos e inversiones del sector público, la pérdida de puestos de trabajo en el sector público y privado, la flexibilización laboral y la reducción del nivel salarial de los trabajadores. Lo cual redundo en una sociedad que en los últimos años sufrió un acelerado proceso de pauperización, segregación territorial y exclusión social, con una alta migración de jóvenes, con feminización e infantilización de la pobreza.

Específicamente el sector salud atraviesa una crisis generalizada, las políticas que se aplican en el momento actual, determinan un deterioro creciente del sector público y del sector privado (IAMC) favoreciendo a las organizaciones empresariales privadas de tipo lucrativo.

Según datos de la Universidad¹ del año 2000 se sabe que:

- Se trata de un modelo de atención con financiación mixta (público-privado); centrado en la atención médica, incorporación de tecnología no planificada
- El 48% de los uruguayos son usuarios de IAMCs (ahora en descenso) siendo el MSP mayor prestador en el Interior que en Montevideo y menos del 7% carece de cobertura formal
- La atención está orientada por la demanda espontánea del usuario, sin un estudio serio de acuerdo al enfoque de necesidad
- El usuario no está informado sobre sus derechos ni sobre qué debe esperar en cuanto a calidad de servicios. la salud no está siendo un bien social, ni siquiera un deber del ciudadano, ya que el Estado no proporciona las condiciones necesarias para ello

Hoy por hoy ese sector salud –limitado en su capacidad de financiamiento mediante el gasto publico, con escasa representatividad a la hora de definir políticas sociales que acompañen un nuevo esquema desarrollo, formando parte de un Estado cuestionado en su capacidad como administrador y su forma de dar repuestas a las consecuencias de sus políticas implantadas enfrentando cada vez mayores dificultades para proponer, liderar, y asegurar los requerimientos mínimos en salud de la población.

Las organizaciones y servicios de salud son los ejecutores de las políticas empleadas por los estados. En nuestro país podemos diferenciar entre instituciones asistenciales (públicas o privadas) e instituciones formativas, las existiendo entre ambas diferencias en la forma de emplear y atender necesidades de la población.

En este marco es necesarios nuevas estrategias para la definición de las funciones institucionales y la asignación de responsabilidades para la población.

¹ Material difundido por la MESA DE SALUD – ADASU .DOCUMENTO DE TRABAJO N° 14. Julio 2004.

Alternativas.

1. Cobertura universal de atención de salud, que se base en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en los principios de la meta de salud para todos en el año 2000.
2. Establecimiento de organización y administración, integración funcional entre los ministerios de salud y de seguridad social a nivel local.
3. fortalecimiento de la infraestructura de salud, mediante el desarrollo de políticas de descentralización .

Con la intervención del Trabajador Social se puede implementar estrategias dirigidas asegurar un progresivo aporte hacia una salud más comunitaria, con la consiguiente ruptura de esa hegemonía médica que invade todos los ámbitos. Para ésto las barreras semánticas, burocráticas, deben ir cediendo ante la necesidad de una nueva praxis médica social que de repuestas a las necesidades de salud de la población.

Organización de la tesis

El presente trabajo se divide en cuatro capítulos; en el primero se incursionará en la búsqueda de las diferentes definiciones de salud, comenzando por la avalada por los organismos internacionales y continuando por las que discuten la definición oficial.

En el segundo capítulo, se procederá a puntualizar la articulación entre salud y sociedad, para posteriormente en el tercer capítulo, vincular la salud con una profesión como lo es el Trabajo Social, ligada tradicionalmente a la ayuda, asistencialismo, apoyo, etc. Razón por la cual se definen el Trabajo Social y los aportes más significativos que desde ésta disciplina, pueden hacerse al área de la salud.

En el cuarto capítulo a modo de conclusión. se realizan aportes alternativos del Trabajo Social al área de la salud.

CAPÍTULO I

IncurSIONando hacia una precisión teórica de la salud

1.1 Visión de organismos internacionales

El concepto de salud es histórico y su relación con la ideología nos remite a un permanente cuestionamiento de los conceptos tradicionales basado en la constante búsqueda de las causas que producen la enfermedad, el por qué de su distribución desigual entre las diversas clases sociales y de cómo se responde a las demandas de salud por parte de estas.

La OMS², en su Carta Magna Constitucional en 1946, define a la salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Después de leer ésta definición, surgen algunos cuestionamientos, tales como: "Salud es el estado completo de bienestar físico..." de esto se puede deducir que un individuo ansioso, o deprimido no tiene salud. Con respecto a esto Callahan³ manifiesta que ese "estado" no tiene porque ser completo, bastaría con que no se tenga impedimentos funcionales significativos. Por lo tanto el "bienestar físico, mental y social" no necesariamente deben estar presente en forma conjunta, alcanzaría con que este solo presente uno de ellos.

Otra interrogante es ¿qué entendemos por bienestar? ; ¿es sinónimo de Estar Bien? ; sí es así ¿no estamos aludiendo a un concepto esencialmente subjetivo? ; ¿el "estar bien" depende de los valores culturales y socialización de los individuos? y por ende ¿el bienestar de una persona y/o colectividad es una meta impalpable?. A su vez "estar bien" es un concepto que admitiría una descalificación, en la medida que se alude a una adaptación pasiva, o de conformidad con una situación determinada, o por involucrar falta de

² Salleras Sanmartí (1988): La salud y sus determinantes. Revista de documentación científica de la cultura, Pag.32. Edit. ANTHROPOS. Universidad de Barcelona.

³ Weinstein, Luis(1989): el Concepto de Salud, en *Salud y autogestión* Pag. 26. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo

capacidad en asumir las penurias de la vida, etc. lo que no es pertinente a una auténtica salud.

Además, esta definición oficial no permite cuestionamientos tales como: las formas de organizarse la sociedad y la salud, no distingue entre salud individual y colectiva, no distingue si el sujeto del atributo salud es siempre una persona, o si el bienestar social incluye en la definición los colectivos.

Esta definición es utópica en tanto no se asegure el bienestar económico, social, político de las sociedades, y también porque aún hoy se tiene como eje de referencia la enfermedad y no la salud.

1.2 Otros conceptos de salud

Otros autores como Terris⁴ hace una crítica a este concepto y redefine la salud como: "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Por capacidad de funcionamiento, se entiende la capacidad de trabajar en el adulto, de estudiar en el joven y poder relacionarse adecuadamente con sus pares, y disfrutar de las satisfacciones que brinda la vida en comunidad. Esta definición de Terris es operativa, ya que, para la mayoría de las personas estar en buena salud es equivalente a "bienestar" y capacidad de funcionar. El inconveniente a ésta definición es que no contempla la presencia de ciertas enfermedades o afecciones que en su fase inicial no producen malestar, ni limita la capacidad de funcionamiento. Tal como es el caso de la tuberculosis pulmonar asintomático que se descubre en un examen de control rutinario a un anciano.

Salleras⁵ define a la salud desde el punto de vista dinámico como: "El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, y social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el

⁴ Salleras Sanmartí, L. (1988): *La salud y sus determinantes* en Revista de documentación científica de la cultura, Pag. 33. Edit. ANTHROPOS. Universidad de Barcelona.

⁵ Ídem, Pag. 33.

individuo y la colectividad". En ésta definición hay un avance en cuanto se concibe que la salud y la enfermedad no son estáticas sino dinámicas.

Según Luis Weinstein⁶, "la salud se expresa en capacidades biológicas, psicológicas y sociales, que no pueden aislarse en la vida cotidiana."

Algunas de estas capacidades pueden ser: *capacidad vital* que es la capacidad para las funciones básicas de la vida, expectativa de vida y expresiones básicas vitales; *capacidad de goce*, de la sexualidad y las relaciones interpersonales en general. La *comunicación de vivencias, sensaciones*, permite captar la realidad del mundo e interactuar con él. La *capacidad creativa*, de aportar algo nuevo, supone recursos ideáticos, psicomotores, afectivos y sensoriales para anticipar y enfrentar situaciones nuevas; *capacidad de autocrítica*, establecer distancia frente a quehaceres cotidianos y está acompañada de la dimensión crítica en el enfoque general de la realidad; *autonomía* que permite el desarrollo de la crítica, de la autocrítica. La *solidaridad*, es la conciencia de unidad. La *capacidad prospectiva* se refiere a poder generar un proyecto de vida, en el cual se sea capaz de superar frustraciones y ambigüedades.

La definición más acorde a una perspectiva biosicosocial, podría ser la enunciada por los autores: H. San Martín y A. C. Martín ***"el estado de salud-enfermedad, es el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo de todas las influencias y determinantes ambientales, genéticos y sociales que se originan en las sociedades (estructura y funcionamiento) en que vivimos y nos socializamos, influencias y determinantes que alteran nuestra ecología social y producen, finalmente, en el individuo, el trastorno que llamamos enfermedad o en el caso contrario, la salud"***⁷

⁶ Weinstein, Luis(1989): *el Concepto de Salud* en *Salud y autogestión*. Pag. 26. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo.

⁷ H. San Martín, A. C. Martín, y otros(1989): en *Epistemología Teoría, Investigación, práctica*. Edic. Díaz de Santos. S.A. Madrid.

Como se puede observar ésta última es una definición que abarca la totalidad del ser social. Es decir se toman en cuenta el contexto socio-económico en que se produce la salud-enfermedad y simultáneamente todos los factores que intervienen en el contexto del hombre como ser humano: el ambiente social en que se socializa, las relaciones sociales.

¿Pero por qué se habla de salud-enfermedad y no sólo de salud?
Simplemente por ser dos conceptos íntimamente relacionados, o dicho de otra forma son la cara de una misma moneda, ya que se considera que nunca el individuo esta completamente sano, ya cuando nuestros aspectos físicos no presentan alguna alteración, si la tenemos en el ámbito mental, o de índole social, de acuerdo a ésta última definición se cree que nunca se goza de ese estado de "SALUD" puro. Desde esta perspectiva los individuos sobreviven en ese vaivén de salud-enfermedad.

Por lo tanto no podemos esperar iguales niveles de salud para cada sociedad, ni siquiera para cada comunidad dentro de una sociedad, porque el estado de salud de una población está en estrecha relación con la estructura socioeconómica de la sociedad, con el sistema de producción-consumo, con el nivel de vida y el modo de vida de las clases sociales y las desigualdades sociales existentes, el grado de participación social de las comunidades, con el nivel educacional. Por ende el estado de salud del individuo y el de la comunidad es el resultado de las reacciones adaptativas del individuo y del grupo frente a la composición y variación del ambiente total (sea físico, biológico, mental y social) de la colectividad. Es en síntesis, el producto global de toda la vida social de la comunidad.

1.3 La salud y sus formas de operacionalización

Como consecuencia, la salud la concebimos desde diversos ángulos o aspectos indisolublemente unidos:

1- Origen social y distribución social de la salud, enfermedad, invalidez y muerte en las sociedades humanas
2 - Duración de la vida humana
3 - La vida en "buena salud" y en plena capacidad funcional
4 - La calidad (riesgo) del ambiente socio-ecológico de la vida en comunidad
5 - La calidad técnica, las especializaciones y la orientación de los programas de salud (cobertura, eficacia etc.) y la participación de la población en el cuidado de la salud;
6 - La existencia de una política real de prevención social (seguridad social verdadera) la salud como un proyecto político-social económico.

Por lo tanto al analizar el proceso de salud-enfermedad es requisito hacerlo en el contexto socioeconómico en que se produce y siempre se deberá tener en cuenta TODOS los factores que interviene en el contexto.

El hombre frente a los demás animales en relación sus problemas de salud-enfermedad esta determinado por la "esencia" social e histórica. Es decir, el hecho de ser un "ser social y cultural" capaz de transformarse a sí mismo y a su ambiente.

En resumen "la salud es el producto final de todos los determinantes ambientales, económicos, y sociales, que están todo el tiempo, en contacto con la población y el individuo (desigualmente), en forma dinámica y asociados; vale decir la salud-enfermedad es el producto de las relaciones sociales. Lo cual se puede interpretar como el "riesgo"⁸ del Hombre viviendo en sociedades humanas estructuradas sobre la base de la producción indefinida (más allá de nuestras necesidades reales)"⁹.

⁸ Se entiende por "riesgo" la probabilidad de la aparición de un evento, en este caso una enfermedad, en un individuo o en un grupo de individuos.

⁹H. San Martín, A. C. Martín, y otros (1989): en *Epistemología Teoría, Investigación, práctica*. Edic. Díaz de Santos. S.A.. Madrid.

CAPÍTULO II

Salud y sociedad

II.1 Un poco de historia...

Existen dos hitos fundamentales en el desarrollo de la medicina antigua, que están directamente asociados al desenvolvimiento de la medicina occidental actual, dando cuenta la historicidad de las normas sobre la salud, la articulación entre medicina y sociedad: Grecia y Roma.

La Grecia del siglo de oro además de buscar el bienestar total (físico, mental y social), de su clase dirigente, los griegos le dieron cuerpo a la higiene, al estímulo de la salud, en el marco de una medicina privada de la clase hegemónica. Posteriormente la medicina llega a la individualización, a través de tres recursos principales: ilustración médica del enfermo (se instruye al paciente, permite individualizar el diagnóstico y aumentar la eficacia del tratamiento), la persuasión verbal (convencer al paciente que el remedio es lo mejor para él), y la adecuación biográfica (asistencia en función de la clase social). Así se llegó a una "medicina pedagógica". Es decir, *"...el ciudadano libre es curado normalmente, por un doctor libre. Este estudia desde el comienzo la naturaleza de la enfermedad, la tiene bajo observación, da informaciones al enfermo y a sus amigos (instrucción) aprende él mismo del paciente y trata de adiestrar al enfermo. Nada prescribe si no ha persuadido antes al paciente y trata de enderezarles hacia una completa cura, informándolos y convenciéndolos sobre los remedios sugeridos"*¹⁰.

El ideal de salud en Grecia se desarrolló en la cultura del ocio del hombre, como paradigma de armonía, de capacidad de vivir en la belleza. Por lo contrario la enfermedad es vista como una degradación. Sin embargo la medicina para los trabajadores y los esclavos tenía una orientación diferente, ya que estos no eran atendidos por médicos consagrados sino por aprendices, generalmente esclavos también. El trato interpersonal se reduce a la mínima

¹⁰ Weinstein, Luis (1989): La salud y sociedad en *Salud y autogestión* Pag 67. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo.

expresión, no existiendo una individualización de la terapia. El objetivo de la relación médico paciente es *"...como la seguridad social de hoy, alivia al doctor libre para que este pudiera dedicarse al cuidado de la clase dirigentes...y asegurar el mantenimiento de las fuerzas de trabajo generador de la producción"*¹¹.

Roma creó las bases de la salud públicas, realizando obras públicas que permitan dar respuestas a las necesidades primarias: acueductos, y los desagües, "los romanos se preocuparon mucho por la limpieza de las calles y los baños, higiene mental, completando con educación sanitaria gratuita y pública". Surgen los hospitales para las emergencias de guerra, posteriormente el modelo se trasladó a la vida civil. Además se sumaron la licencia médica, codificación de conocimientos (licencia de "vales doctio" a los individuos que acreditaban conocimientos de socialización profesional), formalización de la profesión.

En el siglo XVIII Foucault¹² rediscute la función de los hospitales, los cuestiona ya que funcionaban como formas de reclutar moribundos. El objetivo es separar a los individuos del resto de la población, bajo una precaria vigilancia médica. El hospital pasa a ser así una carga para la sociedad y para la economía ya que brinda una asistencia que no disminuye la pobreza, tan solo logra la supervivencia de los pobres, prolongando las enfermedades. Ante estos cuestionamientos se pretende sustituir el hospital por *hospitalización domiciliaria*, lo que permite beneficios económicos ya que el costo de la enfermedad es sustentado en el domicilio de las personas. También tiene ventajas médicas, en la medida que la familia puede asegurar cuidados más constantes y apropiados. La familia funciona como hospital provisorio individual no costoso, con vigilancia médica gratuita. Esta sustitución hospitalaria permite que el usuario tenga ventajas técnicas de la hospitalización sin inconvenientes médicos o económicos.

¹¹ Weinstein, Luis (1989): *Salud y autogestión*.. Pag 69. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo.

¹² Foucault, Michel(1992): *Microfísica del poder*, Las Ediciones de la Piqueta, España.

Estas reformas apuntan a la articulación del saber médico y la eficacia terapéutica, en la medida que surgen los hospitales especializados. El hospital se transforma en una máquina de curar. Además el hospital como lugar y desarrollo del saber, debe permitir la formación de médicos que ejerzan la medicina para la clientela privada.

Ambos hitos de la medicina antigua tiene como papel social fundamental, defender la productividad de dirigentes y dirigidos, mediante una atención diferenciada de distinta calidad de acuerdo a las clases sociales.

Desde estos tiempos históricos, hasta el momento los esfuerzos médicos se han ido haciendo cada vez más técnicos.

El progreso de los conocimientos científicos permitió que se erradique gran parte de las enfermedades de causalidad simple, carenciales e infecciosas.

Simultáneamente la irracionalidad de la vida urbana y el deterioro de la naturaleza, creó otras formas de morbilidad, accidentes, neurosis, problemas sicosomáticos, y estados depresivos. Por lo tanto con "el avance de la medicina y la técnica crece el mal-estar, no el bien-estar total que se aspira¹³".

Hay una vertiente preventiva en medicina a través de toda la historia, que se caracteriza por su marginalidad y por su elitismo, por su escaso aporte de recursos para el trabajo con grandes grupos y también en muchos casos, por su circunscripción a determinadas áreas de la salud. Dichos esfuerzos terminan cuando su concreción puede perturbar la estructura del sistema.

¹³ Weinstein, Luis (1989): *Salud y autogestión*. Pag 58. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo.

II.2 El hombre como un ser social y cultural

En el proceso de desarrollo individual y biológico los hombres se vieron en la necesidad de actuar en grupos debido a la supervivencia y la reproducción de la especie. De forma colectiva se fueron perfeccionando las tareas y la vida en sociedad para esto, los hombres transformaron el medio en el que vive.

El hombre es un producto de la sociedad, un ser social, su existencia está condicionada por lo social, donde lo biológico se condiciona dialécticamente a lo social.

Como podemos ver lo social surge históricamente sobre la base biológica, donde por sí solo los dotes biológicos no tienen un papel decisivo para la formación del hombre como miembro de la sociedad. El individuo es influenciado por la sociedad y a su vez influye sobre ellos a través de su propia actividad. Cada momento histórico del desarrollo de la sociedad condiciona la salud. Esta es inherente al hombre y no un elemento externo que se encuentra en el ambiente, éste proceso está determinado históricamente.

En suma lo biológico y lo social son campos interdependientes que conforman al hombre como una totalidad. La interacción entre lo biológico condiciona el desarrollo del hombre y la evolución histórica de la especie humana.

Hoy por hoy gracias a la maquinaria y la tecnología el hombre aumenta sus posibilidades de actuar en el medio, controlar los riesgos físicos, químicos y biológicos. Tradicionalmente se asocia la industrialización y la urbanización con mejores ingresos, con mejor salud. Realmente ésta ha aportado muchos beneficios a los hombres: disminuyó el esfuerzo físico, mejoró (o no) las condiciones de trabajo, pero también aportó elementos negativos, contaminación ambiental, deterioro de los recursos naturales, deterioro de las relaciones sociales.

La dimensión social hace que cualquiera de nuestros actos y relaciones, incluida la conducta de enfermar y de sanar, esté encuadrada en un marco de referencia que le otorga significados. Este sistema de significados es lo que se denomina genéricamente «cultura». Al particularizarse en un momento y en un

lugar concreto, la cultura puede definirse como: ¹⁴“la manifestación de un conjunto específico de adaptaciones que sostienen a una sociedad concreta en un contexto ambiental concreto”. Una cultura se compone de un repertorio de actuaciones y patrones de conducta compartidos por todos los miembros de un grupo social, aprendidos y transmitidos a través de un proceso de socialización. Suministra al individuo su identidad social, le da una visión particular de la realidad y de lo que puede esperar de ella.

Ni la estructura social ni la cultura surgen de forma pasiva, sino como consecuencia de un proceso de interacción y de conflicto que genera mecanismos reguladores tanto en forma de costumbres como de leyes. Es importante recordar que el concepto de cultura no implica necesariamente la restricción a un espacio geográfico, como demuestra la existencia de una «cultura occidental» prácticamente universal, o la existencia de culturas sin territorio, como la cultura gitana.

El proceso de socialización, por el cual el individuo aprende a situarse respecto a los demás en el entramado social, incluye la enculturización, la transmisión de los elementos más significativos de la cultura que sostiene su grupo social. Por lo general la institución que se encarga principalmente de la transmisión y perpetuación de los contenidos de la cultura, es la institución familiar. Probablemente, la razón se encuentre en que es la institución perdurable (más duradera que el período vital de sus miembros) más próxima al individuo.

Los contenidos de la cultura se manifiestan en forma de elementos concretos, contrastables. De forma esquemática se pueden dividir en valores sociales, normas sociales y reglas. Los valores son expresiones genéricas que reflejan la actitud que adopta una sociedad ante los dilemas más trascendentes. Sirven como criterios, a menudo contradictorios entre sí, con ellos los individuos juzgan el valor moral o las virtudes de una determinada conducta, la cultura a la que pertenecen se les ofrece como punto de referencia para interpretar la realidad y actuar frente a ella. Cada grupo social escoge determinados valores

¹⁴ Zurro Martín, A.; Pérez Cano, J. F. (1990): *Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona Versión electrónica.

y los articula entre sí y los utiliza para crear los denominados «sistemas cerrados de pensamiento», que tienen la función de explicar problemas filosóficos, religiosos, políticos, psicológicos, etc. Su principal función es reafirmar al individuo frente a la incertidumbre, ofrecerle un sistema coherente de creencias que le permita responder frente a desgracias, transgresiones morales, infelicidad, etc. Se caracterizan por tener consistencia interna, ser resistentes al cambio, tener capacidad de absorber información aparentemente contradictoria, y no tolerar el escepticismo. Por ejemplo, la propia medicina constituye uno de los sistemas cerrados de pensamiento que puede encontrarse en prácticamente todas las culturas. Igual que cualquier otro, presentan contradicciones evidentes con la realidad que pretende explicar, como, por ejemplo, el hecho de que su fundamentación organicista choque con su incapacidad para explicar desde un punto de vista biologicista gran parte de las demandas que tiene que satisfacer. Estos sistemas de creencias sólo se modifican a partir de conflictos sociales, cuando diferentes grupos sociales sostienen creencias contrapuestas y uno domina al otro. Algunos de los ejemplos de discrepancias entre diferentes grupos sociales dentro de la propia sociedad, son las diferencias existentes entre los sistemas de valores tanto el médico como el legal sobre cuestiones como el aborto, el suicidio, las sociopatías, la homosexualidad o algunas conductas delictivas.

Los sistemas de creencias se traducen en la práctica como normas sociales

Aunque su contenido también es genérico, impersonal, se diferencian de los valores sociales porque poseen carácter punitivo: su trasgresión lleva aparejada de forma explícita o implícita algún tipo de penalización. En la familia y grupos sociales la norma social se convierte en un sistema de reglas. La regla es la expresión más concreta, práctica y personalizada, traducible en conducta, del sistema de creencias de un individuo. La medicina científica se ha interesado desde sus comienzos por el efecto que ejercen estos sistemas de valores y creencias sobre la salud y la enfermedad. Destacan las aportaciones de los higienistas del siglo XIX y su influencia sobre estrategias poblacionales, como la policía médica de la Alemania de Bismarck. Al adquirir hegemonía el modelo biomédico frente al discurso político-social de la medicina decimonónica (proceso denominado medicalización por Foucault), de esta

forma la antropología dejó de formar parte de las ciencias médicas básicas y su contribución quedó reducida a apoyar la expansión del nuevo modelo médico biologicista. Por lo tanto predominan estudios que justifican el abandono de prácticas culturales ancestrales y su sustitución por una actitud de aceptación pasiva y acrítica de los valores de la medicina biológica, que se utiliza siempre como patrón de referencia.

Posteriormente ante la imposibilidad de justificar por sí misma, la presencia de determinadas patologías, la ciencia acude a la antropología médica, que vuelve a centrar su mirada en la propia cultura. Motivo por el cual en la práctica, especialmente en Atención Primaria, abundan situaciones en las que el médico percibe la trascendencia de los factores culturales, y cada vez se hace más necesario disponer de modelos teóricos que permitan integrarlos.

La evolución de la Atención Primaria, con su aspiración de prestar una atención integral, requiere analizar el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva cultural y situar la enfermedad (la del enfermo concreto) en un contexto diferente a los enfoques tradicionales tanto clínicos como epidemiológicos.

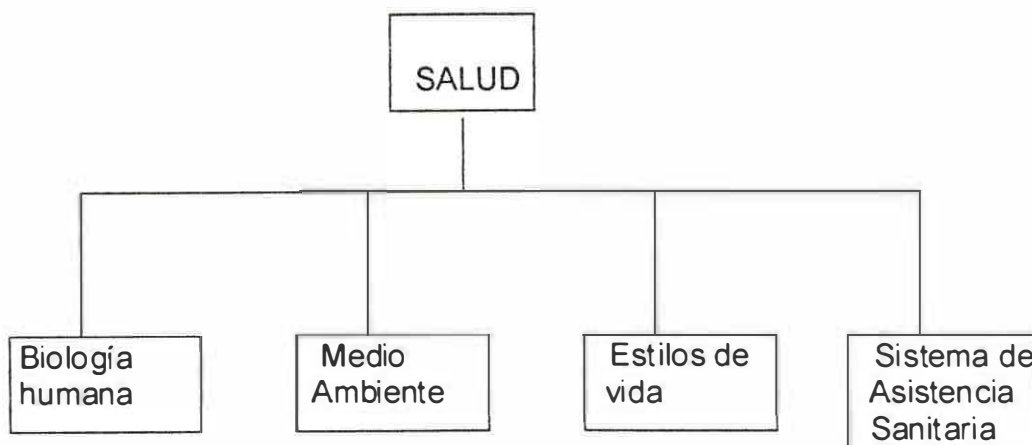
II.3 Determinantes de Salud

El Ministro de Sanidad de Canadá, M. Lalonde¹⁵, analizó, en 1974 que el nivel de salud estaría determinado por cuatro variables y su interacción. Estas son: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida, el sistema de asistencia sanitaria. La biología humana comprende al envejecimiento y la genética, el medio ambiente incluye a la contaminación física, química, biológica psicosocial y sociocultural. El estilo de vida tiene que ver con los hábitos y las conductas de las personas con relación a su salud. El sistema asistencial comprende la cantidad y accesibilidad a los servicios de salud.

De estas cuatro variables, sólo la biología humana apenas se puede modificar. Las otras tres variables sí son susceptible de modificar en función de políticas, económicas, políticas, culturales, sociales.

¹⁵Salleras Sanmartí. L. (1988): *La salud y sus determinantes* en Revista de documentación científica de la cultura, Pag. 34. Edit. ANTHROPOS. Universidad de Barcelona.

Gráfico 1. *Determinantes de la salud*



Fuente: M. Lalonde. A New Perspective on the Health of Canadians (Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Wellare, abril 1974. Paq.31).

La realidad sociosanitaria de una población es compleja y multiforme. Para tratar de aprehenderla hay que disponer de un conjunto de herramientas que permitan observarla, describirla y sentar las bases para el análisis.

A tales efectos se realiza un *análisis de la situación de salud*, constituido por dos dimensiones; descriptiva y analítica. Los elementos descriptivos son la base para identificar las necesidades de salud.

Situación sociodemográfica¹⁶:

- Características geográficas: todos aquellos condicionantes del medio físico relevantes para la salud y el uso de los servicios.
- Historia de la constitución del núcleo poblacional: su conocimiento aporta elementos de interés para establecer la mínima y necesaria comunicación con la población y una estrategia para el abordaje de los principales problemas de salud detectados.

¹⁶ Se recomienda ver el desarrollo de algunas de estas variables (A nexos I)

- Información medioambiental: Esta información comprende el conocimiento del estado de las aguas de abastecimiento, la eliminación de los residuos sólidos urbanos e industriales, el grado de contaminación atmosférica, y sonora, la higiene y conservación de los alimentos, los servicios de transporte y comunicaciones o la densidad de tráfico.

- Información demográfica: Los elementos esenciales de la información demográfica son la distribución por grupos de edad y por sexo. La información que conviene recoger es el número total de habitantes, el de mujeres de 15 a 49 años para calcular las tasas de fecundidad y otros indicadores de salud relacionados con la salud de la mujer en edad fértil, el número de nacimientos y muertes y el número de inmigrantes y emigrantes.

- Información socioeconómica y cultural: tipo de vivienda, composición de los habitantes de los hogares, situación laboral (población activa y pasiva, tasa de paro, nivel de vida), nivel de instrucción (alfabetismo, nivel de educación), creencias y organizaciones.

Situación de salud¹⁷:

Indicadores de salud: mortalidad, morbilidad, indicadores positivos de salud y calidad de vida (entre éstos destacan los que hacen referencia al estado vacuna de la población infantil y adulta, el estado nutricional, el desarrollo pondostatural, la salud bucodental, el peso de los recién nacidos, el número de ex fumadores o el grado de control de parámetros de determinadas enfermedades crónicas), recursos comunitarios de Atención Primaria, servicios sanitarios de referencia, otros servicios relacionados.

¹⁷ Se recomienda ver el desarrollo de los indicadores (Anexo II)

II.4 Incidencia del sistema político, económico y social en la salud

La salud de los individuos es inseparable del sistema político, económico y social, ya que éstas variables condicionan la salud. Para gran parte de la población uruguaya lo esencial es sobrevivir en función de sus posibilidades, ¿si no tienen los recursos para alimentarse cómo pueden gozar de salud?.

Hay una relación estrecha entre las condiciones de pobreza en la que está inmersa éstas familias y la no-participación de la misma en el proceso productivo. Ya que gran parte de la condición de pobreza, está vinculada a la inserción laboral, no solamente en lo que tiene que ver con la desocupación sino también con el trabajo precario e informal, con la falta de protección que tiene el trabajador respecto a los mecanismos oficiales de seguridad social, con el empleo en sectores de baja productividad, etc.

La pobreza y sus consecuencias acentúan la vulnerabilidad de los individuos, convirtiéndolos en seres proclives a las enfermedades relacionadas con la pobreza, (ejem: desnutrición crónica o aguda) ocasionando muchas veces secuelas permanentes. En la práctica profesional si bien no debe llamarnos la atención, (ya que están condicionados por el contexto socioeconómico en el cual están insertos) no debemos naturalizar la situación. Debemos ser "ecos" de estas situaciones, para el resto de la sociedad, no por el mero hecho de enunciar, sino para concientizar al resto de la población y buscar en forma conjunta soluciones alternativas viables. Así como tampoco se debe culpabilizar a los individuos por la situación en la que están inserto como sucede en el área médica, sobre todo aquellos sectores que no tienen preparación en salud comunitaria. Debido a ésta situación de riesgo biológico y social, en la cual están insertos estos individuos, es necesario que los mismos sean apoyados en forma regular, por un equipo multidisciplinario e interdisciplinario. Se debe analizar su cotidianeidad y los factores que la determinan, procurando que los individuos sean partícipes de su recuperación, captando su forma de pensar, sentir y de obrar sobre ella de esta forma se logra la comprensión de la realidad en la que está inserta el individuo.

Las políticas económicas, políticas y sociales que emplea el Estado constituyen determinaciones socioeconómicas. Frutos de políticas neoliberales generadoras de desocupación, hambre, y desesperanza para la inmensa mayoría de la población, y privilegios para muy pocos. Estas políticas, determinan que las economías de muchas familias se desarrollen en función de la mendicidad de servicios.

A partir de una perspectiva **biopsicosocial** el proceso de salud enfermedad, se concibe como un fenómeno histórico condicionado por la forma como el hombre se relaciona con la naturaleza y es transformado por ella, así como también con las relaciones que establece con los otros hombres a través de las relaciones de producción. En función de esta perspectiva, es que debemos analizar como se inserta el Trabajo Social en el área de la salud ya que el concepto de salud está vinculado a la esfera de la producción como una forma de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo; por otra parte como un proceso cuyo resultado es la producción de los servicios de salud, que se convierten en instrumento ideológico a través del cual el Estado asegura su legitimación. Por tal razón la búsqueda de soluciones a los problemas de salud deben desprenderse de los elementos sociales que lo determinan.

II.5 ¿Cómo satisfacen la necesidad de salud las sociedades?

Los individuos son seres sociales con necesidades múltiples e interdependientes. Por tal razón las mismas deben entenderse como un sistema en las cuales ellas interactúan y se interrelacionan.

Entendemos por necesidad¹⁸ "estado de carencia, de falta de aquello que es útil, necesario, para el desarrollo de la persona y que moviliza en determinado sentido para satisfacerla. Se expresa a través de deseos explícitos o no, mediante el lenguaje o metalenguaje (gestos, actitudes) y su no-satisfacción conduce a la frustración".

¹⁸ N. Kisnerman y Colaboradores (1985): *Las Necesidades Sociales en Teoría y práctica del Trabajo Social* N° 1 . *Introducción al Trabajo social. Pag 125* Ed. Humanitas. Bs. As.- Argentina.

Max Neef.¹⁹ divide las necesidades, en existenciales (aquellas que comprenden las necesidades de: ser, tener, hacer y estar) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad). Dicha categorización no se presenta de forma aislada, sino en conjunción, de forma tal que se constituyen necesidades básicas, por ejemplo la combinación de la necesidad *de ser y subsistencia*, conduce al cuidado de la salud (física, mental y social). Donde la seguridad social, sistema de salud, legislación, y derechos y contención familiar, son fundamentales para cubrir las necesidades de *protección y de tener*.

Una vez que surge la necesidad, el hombre adopta diferentes formas para satisfacerlas, ya sea para fomento pleno de su estado de salud, u otras acciones orientadas a la prevención de enfermedades específicas, y/o aquellas acciones de carácter curativo.

Es en esa búsqueda de la satisfacción de esta necesidad, que se desarrolla la ciencia médica, disciplina que al igual que otras están en permanente evolución teórica, debido al carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad. Por estas razones, es que la medicina adquiere diversas expresiones según la etapa histórica abordada. Sí pensamos por ejemplo en nuestra sociedad en el siglo XIX se estableció un proceso conocido como el "higienismo", donde se dominó con una racionalidad médica a las clases populares, consideradas "clases peligrosas", donde gobernar es higienizar a los sectores populares y universalizar la enseñanza; Se medicalizó la sociedad.

El hospital era la institución donde se ejercía el poder totalitario del médico, poder de clase, género y cultural. Fue el educador por excelencia de los pobres en todos sus ámbitos.

Las necesidades de la humanidad han sido esencialmente las mismas, lo que varían es lo que conocemos como satisfactores. Con relación a la salud sus expectativas varían en función de lo que se considere puede ofrecer la ciencia y la técnica, pero en general, las expectativas de la población no son

¹⁹ Ficha del F. C. U. N° 2: Servicio de Documentación en Trabajo Social.

precisamente hacia un modelo de salud integrador, sino hacia un tecnicismo hipervalorado. Esto último es lo que explicaría la inconformidad del usuario de los servicios de salud ante determinados diagnósticos y/o tratamientos que se realizan sin acudir a tecnología de avanzada.

Al sector de la sociedad que se ocupa en forma explícita del proceso salud-enfermedad y que busca ofrecer a la población en su conjunto la satisfacción de esta necesidad se le denomina sector salud.

La evolución de este sector dependerá: a) del desarrollo del hombre y la evolución de los sistemas biológicos, síquicos y social; b) del conocimiento del hombre en la medida que se desarrolle la ciencia y los medios materiales para la aplicación de conocimiento a situaciones concretas, y evolución de los sistemas mencionados, especialmente el social. Es decir, la manera que cómo relaciona el sector salud con la sociedad, y en función de ésta relación se pondrá de manifiesto las contradicciones que impulsarán o trabarán el desarrollo del sector salud.

La necesidad de salud en los países de América Latina y el Caribe se enmarca dentro de un contexto amplio y heterogéneo en el que "la organización del trabajo y de la vida social desempeña un papel preponderante"²⁰.

En algunas sociedades estas relaciones serán tales que garantizan en la práctica al conjunto de los individuos su derecho a la salud. En otras ese derecho se asegura solo a un grupo de individuos. En función de estas diferencias se podrá suponer o no a priori, que la salud es un derecho para toda la población.

Debemos tener presente que los criterios con los cuales se evalúa lo SANO y lo ENFERMO es emergente de la estructura social y están condicionados por ella y son funcionales a ella, de forma tal de asegurarse la persistencia y

²⁰ Publicación Científica N° 524. *Las condiciones de Salud en las Américas*. Pag.252. Edición 1990,Volumen I .

viabilidad del aparato de dominación que permite la perpetuación de las relaciones de producción, o mejor dicho, relaciones de explotación. A partir de la interacción que se da entre el mundo subjetivo y el objetivo del individuo y los obstáculos que se presentan a la asimilación de otras experiencias, se definen los grados de salud - enfermedad.

II.6 El proceso salud-enfermedad concebido en términos de mercancía

La burguesía creó la sociedad del capital, en las cuales las ciencias se han desarrollado vertiginosamente, traduciéndose en un cúmulo de publicaciones e investigaciones que se transforman en bienes de consumo, produciendo así una mixtificación basada en un progreso indefinido, un narcisismo, un triunfalismo que nos conduce a creer en la ilusión de una autonomía de la medicina. Si bien la preocupación de la medicina debería ser la salud, no puede desvincularse del sistema capitalista de la burguesía. El sistema capitalista -burgués necesita de la salud, no para el goce y/o la creatividad, sino para mantener el trabajo, sin el cual no hay plusvalía. La medicina de hoy tiene la orientación del tiempo del esclavismo, aunque hoy sean otros los conocimientos, sobre como ser más eficaz y eficiente con los cuidados de "la mano de obra".

El capital determina todos los ámbitos de la vida cotidiana de los individuos, y la medicina, y todas aquellas ciencias aplicadas al desarrollo de la vida, diversifican sus funciones para cumplir así con el sistema.

La medicina de hoy es mercancía, hay quienes venden y quienes compran. Se comercian con los servicios médicos, vendiéndose exámenes clínicos, indicaciones de tratamientos, intervenciones, rehabilitaciones, lográndose así lucros tantos para los profesionales, como laboratorios, deformando así el tratamiento para asegurar utilidades. Constituyendo un papel totalizador en la sociedad, medular en la producción, desarrollado en el área de consumo, coherente con los resortes del poder y la cultura dominante.

Desde esta perspectiva la organización se concibe como una línea de producción; por un lado ingresan insumos, (recursos humanos, físico,

financiero), la organización los ordena y combina para transformarnos en objeto de uso o consumo (servicio) y los demandantes potenciales acuden a el en virtud de satisfacer la necesidad de salud.

De esta forma la medicina entró en el plano de políticas neoliberales y sus consecuencias nefastas para el sector de la salud. Ésta medicina capitalista constituye "los procesos más o menos científicos y sostificados de curación de enfermedades que abren campo a la rentabilidad del capital"²¹.

Para el desarrollo de esta medicina es necesario la reducción de la salud a la enfermedad ya que se necesita un terreno de desarrollo científico y tecnológico pero también un mercado propio donde el enfermo quede cautivo de su función demandante de la mercancía de salud.

El conocimiento científico de la medicina capitalista se ha mostrado incapaz de recuperar los aportes de experiencias milenarias de salud que se desarrollaron ligadas a la naturaleza. Ha sido la herramienta más eficaz para la expropiación de las tradiciones, conocimientos, incluso el lenguaje en que se plasma los conceptos y prácticas de la salud popular. Ese lenguaje popular que vincula el sentir del cuerpo con la forma de comprender el individuo, es desestimado, por ejemplo la gente dice que le arde o le quema el estomago o la barriga, a esto la medicina lo denomina con un lenguaje tecnocrático "gastritis", dicha denominación no vincula entre lo que siente el individuo y su comprensión de la fisiología corporal. A esto se le suma la desvalorización semántica del conjunto de palabras que se utilizan para denominar el cuerpo humano, sus funciones, y/o alteraciones.

La expropiación de la medicina capitalista se da también en aquellas prácticas y concepciones que se expresan en la cotidianeidad del cuidado de los enfermos y promoción de la salud. Es decir, esas relaciones del enfermo y su

²¹ Urrutia, Carlos; Boggio, Ana; Maguina, Alejandrino. La enfermedad capitalista de la salud popular. En: Acción crítica (dic 1984) (nº 16); pag.33. Edit. CELATS.

familia, enfermo-comunidad, en la cual la tradición se vuelve presente en la preparación de un sin número de acondicionantes favorables para que el organismo derrote la enfermedad (ejemplos: abrigo, jarabes, afectos, rezos, rituales, preparación de alimentos especiales, etc.), se sustituye por el servicio de médico y enfermeros en un contexto de fármacos, hospitales, que constituyen no solo una nueva práctica sino también una nueva cultura de curación de enfermedades.

La necesidad de producir mercancías se ha impuesto en la investigación científica médica en el capitalismo. Convierte en mercancía lo que sirve, en productos industriales para ser comprados, el resto lo desvaloriza, lo anatematiza, lo descarta en la medida que puede ser competitivo y se necesita desplazarlo para monopolizar el mercado.

Para la medicina capitalista la relación hombre-naturaleza es ahistórica. Concibe que un hombre es más perfecto cuanto más se aleja de la naturaleza y se individualiza. El hombre debe sacar provecho de la naturaleza en sentido utilitario, aún a costa de la depredación y romper el equilibrio ecológico.

Esto conduce que el hombre (en cualquier sociedad capitalista) se convierta en objeto de salud, dentro de un haz de prácticas sociales, e ideologías cada vez más amplias, más confusas, contradictorias, encabezados por grandes tendencias, directrices y vectores racionales cada vez más pragmático. En el marco de un sistema industrial de mercado.

Para legitimarse la medicina capitalista como tal, se vale de ciertos ejes:

-Imposición autoritaria de la "verdad" de la salud, es decir, verdad unidireccional del médico al enfermo. Verdad la que hay que someterse y obedecer de lo contrario el organismo queda expuesto a todo tipo de enfermedades. Esta autoridad tiene una dimensión de conocimiento, por lo cual la población debe entender que ella no sabe y lo que sabía no sirve; lo que saben son los médicos y ellos son la autoridad en la que se debe creer.

-La medicina concibe las enfermedades como algo externo a su propio organismo, algo que está relacionado con la producción industrial que subestima las potencialidades curativa del propio cuerpo.

-En referencia al poder, se mantiene la diferenciación entre sujetos y objetos de acción de salud-proveedores y consumidores, de forma tal, que dentro de los agentes de salud hay una jerarquía burocrática en las instituciones sociales, docentes de investigación, y niveles de mando en los equipos o pequeñas unidades de tipo artesanal.

La medicina continúa siendo esencialmente una "profesión dominante", si bien existen tendencias democratizadoras (Ej. programas comunitarios), éstas aún son minoritarias dentro de la medicina.

-En lo social la atención es diferencial según los estratos sociales. El sector hegemónico tiene acceso a la medicina liberal, constituida por una gran variedad de recursos tanto técnicos como psicológicos, refinamiento de diagnóstico; puede elegir sobre el lugar y la ocasión para la intervención sobre salud. Sin embargo, los sectores medios y trabajadores organizados suelen tener atención institucional moderna, con régimen de seguros privados mixtos o estatales. Los servicios para estos sectores cuentan en forma progresiva con medios tecnológicos de investigación, pero al mismo tiempo se convierten en servicios más impersonales donde la comunicación se transforma en cuestionarios tipos, enfatizados en la eficiencia. El tratamiento se basa en la administración de medicamentos en forma profusa, no existiendo lugar para su evaluación, alienando (en conjunto) al terapeuta y al paciente.

-En cuanto a los sectores más vulnerables la actitud de la medicina es paternalista, son éstos sectores los que absorben las campañas de educación sanitaria, sin ser parte de ellas, donde generalmente no se toma en cuenta su cultura, ni su situación real, ni la forma propia de organizarse. Las terapias son fundamentalmente de emergencia, o fruto de largas esperas para acceder a la consulta.

-La atención es curativa, es decir se orienta hacia lo reparativo; el aislamiento del individuo del sistema social y de la naturaleza; el pensar "en el caso" y no en "lo colectivo"; obsesión por tomar en cuenta el momento, sin encarar el futuro a través de una acción preventiva.

-Función ideológica de encubrir las contradicciones y ocultar las verdaderas prioridades de cambio es algo ajeno a la mayoría de los profesionales. La motivación más sentida es la de aprender en forma permanente, basándose en la hipótesis de que cuanto más se estudie y mayor sea el tiempo de práctica profesional, menos sean las posibilidades de ser no-científico. La medicina no oculta nada, soluciona lo que está a su alcance. Si no aborda mas problemas es por que están afuera de su jurisdicción.

-La profesión médica ha ido cediendo las áreas no rentables a la gestión del Estado. Los problemas de agua, alcantarillado, basura, vivienda, y alimentos en los países pobres llevan a una preocupación por una mayor organización institucional, por la participación del Estado en la gestión de salud.

II.7 Rol del Trabajador Social en las relaciones de salud-productividad

El Trabajador social en una sociedad capitalista se convierte en un instrumento de las clases dominantes. Al respecto Boris Lima sostiene que "...el servicio Social, producto del poder hegemónico del capitalismo mundial, asimismo asume una postura ideológica, necesariamente identificada con la manutención de una situación imperante. ...".²²

Vicente De Paula Faleiros, también hace referencia a la vinculación del servicio social con el capitalismo, en cuanto su práctica (asistencial, orientadora, técnica, etc.) "oculta" las contradicciones de la sociedad capitalista, ya que minimiza o atenúa el antagonismo de clase. Esto explica esa posición neutralista que asume el servicio social en sus diversos enfoques, constituyendo una "máscara" de su práctica vinculada con el proyecto

²² Carvalho de Pino Maria Aliba(1986): *A questao da transformacao e o trabalho social* 2 Edição. Pag 124. Sao Paulo. EDT. Cortez

dominante, asumiendo así su rol asistencial dentro de una profesión dominante como lo es la medicina.

A su vez, ambos autores hacen referencia a como el servicio social en su quehacer, adoptó una orientación particularista, de un problema colectivo. Objetiva al hombre aislándolo de su contexto, de su lugar en la producción en la sociedad concreta, de su historicidad, convirtiendo así su práctica funcional al sistema. A esto se le agrega el carácter paternalista de la práctica profesional en una concepción de cliente incapaz de resolver sus problemas, a tales efectos los objetivos del Servicio Social se perfilan "suprimir los desajustes sociales en una tentativa de adaptar, integrar el hombre a su medio"²³.

Boris Lima hace una crítica poniendo en evidencia una denuncia esencialmente política en el interior del discurso del servicio social en lo que se refiere a que el Trabajador Social se convierte en un simple ejecutor de políticas, sin ningún espíritu crítico, originándose una práctica reiterativa producto de conocimientos generados en otras instancias, desenvolviendo su práctica dentro de padrones previamente establecidos para las ciencias sociales. Esto trae "que las acciones que deberían ser desarrolladas por profesionales del servicio social son desempeñadas de manera empírica por funcionarios improvisados. Por lo tanto una acción que no trasciende lo aparente no se la puede considerar como científica. Al final para reproducir una praxis reiterativa no es necesario tener conocimientos académicos".²⁴

Para evitar esto y enriquecer la profesión se debe anticiparse a las demandas, ser capaces de instalar nuevas demandas en las relaciones de fuerza. Esto se logra solo a través de la función de investigación, de la producción de conocimiento.

La investigación posibilita no solo reflexionar, o intervenir, adelantarse a las demandas, sino también para producir teoría que contribuya a la

²³ Carvalho de Pino Maria Alba(1986): *A questao da transformacao e o trabalho social* 2.Edição. Pag 126. Sao Paulo. Ets. Cortez Pag. 126.

²⁴ Ídem, pag 123

retroalimentación de todo el equipo de salud. En función de esto se articula investigación, docencia, prestación de servicio o intervención. Tríada necesaria para la relegitimación de nuestra profesión.

Faleiros y Boris Lima cuestionan la práctica metodológica del servicio social tradicional, en función a una visión parcial de la realidad. La profesión ejerce una práctica disociada de la dinámica y esencia del orden social (...), subordinada a una orientación positivista(...) impedida ha trascender la apariencia de los hechos en los que interviene..."²⁵

Es decir, la práctica de Trabajador Social se circunscribe a una mecánica del modelo positivista, por lo tanto su desarrollo es incapaz de enfatizar en el sentido político la defensa de su posición de clase.

En su quehacer esencialmente encontramos dos esquemas metodológicos funcionalistas-modelo deductivo y modelo empirista deductivo- delimitando así el análisis de la realidad y su dimensión política conservadora. Hay un compromiso del Trabajo Social con la clase dominante, "Trata- sede cualquier hombre que precise ser controlado y dirigido"²⁶.

Ante estas denuncias Boris Lima propone un método que colabore²⁷ con el proceso de transformación social. Primeramente debe buscar nuevas estructuras metodológicas capaces de responder a los problemas urgentes de la realidad, dentro de una nueva propuesta de acción profesional que tenga una ruptura epistemológica con el positivismo.

A estos efectos es que Boris Lima privilegia la dialéctica como método que conduce a una verdad objetiva. "la dialéctica materialista permite investigar la

²⁵ Carvalho de Pino Maria Alba(1986): *A questao da transformacao e o trabalho social* 2 Edição. Pag 129. Sao Paulo. EDT. Cortez.

²⁶ Ídem. Pag 126.

²⁷ Hablamos de colaborar, en concordancia con lo expuesto por Vicente Faleiros, para este autor el rol del Trabajador Social es el de "colaborador en la transformación social". Debatiendo así, los enfoques que le ven al Trabajo Social como praxis liberadora que tiene por función la transformación del sistema de dominación. Abocando para el Trabajo Social una tarea que sobrepasa sus posibilidades en cuanto a práctica profesional, tendiendo así a una visión idealista en el proceso político de transformación de las sociedades. Ídem, cita nº 24. Pag 242

naturaleza de las sociedades", destacando las contradicciones internas, las distintas conexiones de los elementos y revelando la verdadera esencia de los fenómenos, procesos y hechos, objetos de la intervención del Trabajo Social"²⁸ para un nuevo servicio social.

II.8 Un modelo de atención alternativo

Dado que el modelo de atención capitalista, ha demostrado ser ineficiente en cuanto a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, se debería considerar desde las instituciones prestadoras del servicio de salud lo propuesto por Engel²⁹, en 1977, postuló la necesidad de un **modelo médico** holístico -que él llamó **biopsicosocial**- como respuesta al modelo biomédico dominante y prácticamente único en aquellos momentos en las sociedades industrializadas. El modelo biomédico, según este autor, "asume que la enfermedad puede explicarse completamente a partir de la desviación de la norma de variables biológicas (somáticas) mensurables". De esta manera, prosigue el autor, "el modelo biomédico abraza dos tipos de reduccionismos, el reduccionismo filosófico, consistente en explicar complejos fenómenos de una sola y primaria causa, y el dualismo cuerpo-mente, la doctrina que separa lo mental de lo somático".

Engel admite la productividad de este modelo, pero lo entiende incompleto por las siguientes razones:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta deviene por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales puede derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlato bioquímico.

²⁸ Ídem cita nº 24. Pag 123.

²⁹ Zurro Martín, A.; Pérez Cano, J. F. (1990): Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona. Versión electrónica.

2. Las variables de tipo psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, la severidad y el curso del padecimiento biológico que pudiera considerarse.
3. La aceptación del papel de enfermo no está determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica, sino por la interacción de aspectos psicosociales, como: personalidad del paciente, apoyo familiar, imagen social, requerimientos exigidos a la persona, etc.
4. La relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico final, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento de la terapia.

El modelo biopsicosocial no niega ni minusvalora los presupuestos de la medicina de siempre, sino que pretende ampliar su horizonte. En ningún caso se pone en duda los diagnósticos en la esfera orgánica, ni los avances espectaculares en todas las disciplinas de las ciencias de la salud. Este modelo desea una visión más integradora que de cuenta de la influencia de los factores socioculturales que inciden sobre la aparición de las enfermedades. Cada paciente en potencia es una fuente inagotable de actuaciones biopsicosociales. La perspectiva **biopsicosocial** no supone un nuevo paradigma científico, sino una aplicación distinta de las evidencias científicas y un enfoque amplio e integrador de las variables que influyen en el equilibrio del ser humano con su entorno. Nadie ha demostrado que el cáncer se cure con tratamiento psicológico, pero un buen estado de ánimo es una variable que colabora con mejores o peores resultados.

CAPÍTULO III

Trabajo Social y salud

III.1 Aproximación a la definición de Trabajo Social

Aquí se explicitará lo que se espera del trabajador social desde el plan de estudios de la Facultad de Ciencias Sociales y desde el código de ética del espacio gremial (ADASU).

III.1.1 De acuerdo al plan de estudio (1992:5) *“el Trabajo Social es una disciplina cuyo objetivo es la resolución de los problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, con relación a la calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales”*.

Precisamente, para resolver los problemas sociales a los que alude el documento, primero hay que investigar la realidad concreta en la cual están inserta los individuos, para posteriormente intervenir.

III.1.2 De acuerdo al estatuto del código de ética para el servicio social o Trabajo Social del Uruguay³⁰ se espera que: *“En relación con los/las usuarios / as y los sujetos de la acción profesional:*

Art.12- Contribuir para lograr la participación efectiva de la población usuaria en las decisiones institucionales.

Art.13- Democratizar la información acerca de los programas, servicios y recursos institucionales, en beneficio de los sujetos y usuarios/as.

Art.14- Asegurar la transparencia, la confiabilidad y la fidelidad en los acuerdos de trabajo e implementación de investigaciones y/o programas de intervención que involucren a los/las usuarios / as.

³⁰ ADASU (Asociación de Trabajo Social del Uruguay): (2001) código de ética para el servicio social o Trabajo Social del Uruguay. Montevideo.

Art.15- Devolver a los sujetos las informaciones recabadas y procesadas en estudios e investigaciones que les implican, a fin de acrecentar su poder de disposición y utilización sobre procesos sociales que les involucran.

Art.16- Hacer partícipes a los/las usuarios / as en los objetivos y el alcance de la intervención profesional, así como comunicar y obtener su consentimiento en caso de utilizar registros audio-visuales.

Art.17- Reconocer la vulnerabilidad y dependencia de los sujetos, particularmente aquellos en condición o situación de mayor desprotección, discapacidad, exclusión o desposesión, respetando, defendiendo y promoviendo su dignidad y derechos.

Art.18- Contribuir para la creación de mecanismos que faciliten la desburocratización de la relación con los/las usuarios/as, buscando hacer más transparente, ágil y efectiva la prestación y el acceso a los servicios.

Art.19- Diferenciar la práctica profesional de toda forma de militancia, denunciando la utilización de programas sociales con fines proselitistas (políticos, religiosos, etc.)."

III.2 Principios operacionales

El Trabajo social³¹ , orienta su intervención definiendo principios operativos, donde subyace una concepción de persona. Siendo este un ser social, en un momento histórico dado, capaz de transformar sus condiciones de vida y desarrollar sus potencialidades a través de los procesos de participación y promoción social.

Antes de precisar cuales son los aportes del Trabajo Social en la Salud se debe tener presente los principios operacionales del Trabajo Social que son "...

³¹ Mazzotti, Mariela. Rivero, Silvia. (1994) *Aproximación a una Tipología de Abordajes Grupal en el Campo de la Condición de la Mujer* Proyecto de Investigación, Informe Final. Proyecto de Investigación Montevideo.

aquellos que enuncian puntos básicos y normativos, para la acción de validez universal de la práctica de todos los procesos del Servicio Social”³²

Principios operativos:

Principio de respeto	Principio de promoción	Principio de globalidad
Respeto, “significa aprender con la gente para poder enseñar a la gente.” ...“Para respetar significa comprender la condición concreta, material en que la gente esta; significa comprender científicamente su lenguaje, su discurso, su sintaxis, su semántica, para que el intelectual revolucionario pueda comunicarse con la gente. Por lo tanto, respetar a la gente no es quedarse abajo o por detrás de la gente, pero tampoco significa ir demasiado adelante...” ³³	El principio de promoción “alude al proceso de aprendizaje y cambio que se establece con la participación de los sujetos y que es la esencia del Trabajo Social.” ³⁴	Principio de Globalidad hace referencia a la complejidad de las estructuras sociales. Un problema social de un determinado sector, grupo, es expresión de una problemática colectiva.

En el texto³⁵ *La práctica del Trabajador Social* postula “... el Trabajo Social posee valores, principios y conceptos que, convertidos en normas de acción, tienen un valor ético para la profesión y caracterizan el tipo y nivel de relación entre el usuario y el Trabajador Social. Entre los **principios** podemos señalar en general los siguientes:

1. Establecer una relación democrática con los usuarios.
2. Conocer y respetar sus valores y normas culturales.
3. Intervenir con una perspectiva histórica.

³² Mazzotti, Mariela. (1992): *Los principios Operativos en el Trabajo Social* Material de apoyo del Ciclo Básico. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

³³ Ídem, pag 7.

³⁴ Ídem, pag.7.

³⁵ AAVV. (1989) *La práctica del trabajador Social* Montevideo. Guía del Alae- CELATS. Pag. 40. Ed. ALAETS-CELATS. Lima - Perú.

4. *Conocer la realidad social de manera integral.*
5. *Apoyar al desarrollo de la conciencia y motivación al cambio social.*
6. *Desarrollar el compromiso en la resolución de sus problemas, promoviendo su participación activa y consecuente en todos los niveles de toma de decisión..”.*

III.3 Delimitación del espacio profesional

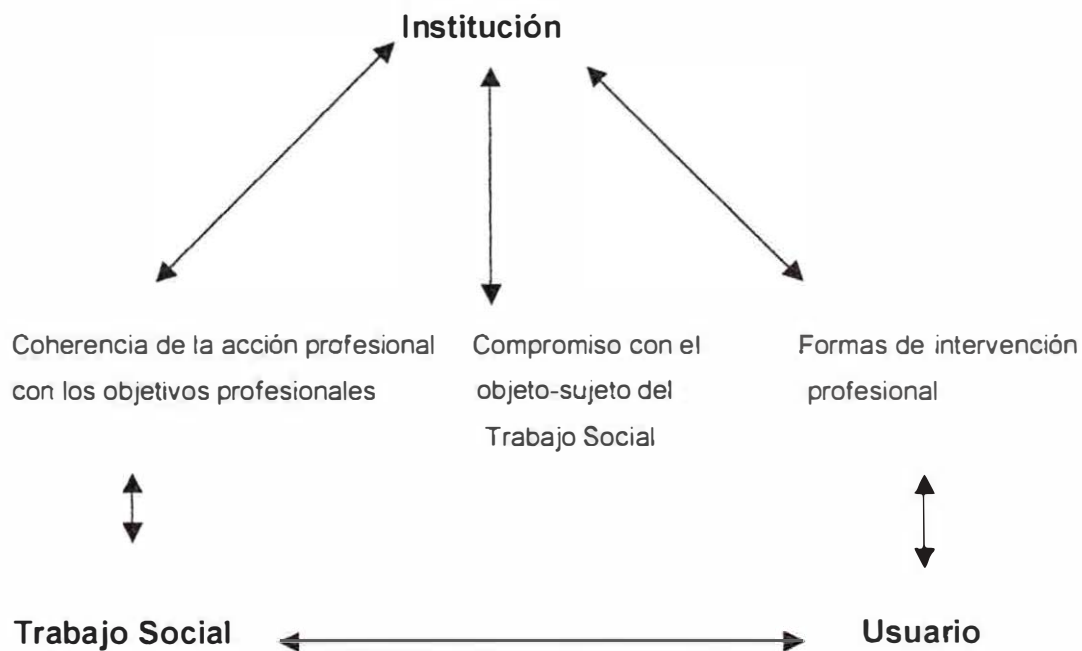
El Trabajador Social debe intervenir desde un paradigma distinto: su práctica profesional es percibir la complejidad, lo inusual, lo que va más allá de la demanda aparente, y entender la relación asistencial como un proceso donde los actores van progresando en unos objetivos que a veces son forzosamente modestos.

Comúnmente su intervención comienza por una derivación de los profesionales en salud, ante una urgencia (adultos y/o niños desnutridos, maltratados, víctimas de violencia doméstica, etc. A partir de esa demanda concreta el Trabajador Social investiga las causas y el proceso por el cual este individuo que requiere la intervención, (que por lo general no la demandó) llegó a esta situación actual.

De esta forma el Trabajador Social podrá determinar o inferir cuales son los factores presentes en la sociedad que influyeron de una forma patológica sobre ese sujeto. El tema es que cuando por lo general se conocen las causas; simultáneamente se debe actuar sobre las mismas (sin caer en utopías) y dar la repuesta inmediata que nos demandaron. Si se enfatiza en una u otra opción la situación se reproducirá, dejando en evidencia la falta de respuestas positivas para situaciones críticas.

Para dar esa repuesta o para llevar adelante la investigación previamente hay que delimitar el espacio profesional para lo cual debe aceptarse previamente que los Trabajadores Sociales en el área de la salud se mueven dentro de una relación social. Esa relación social la forman tres agentes sociales: la institución, los usuarios, los Trabajadores Sociales.

Gráfico Nº 2. Agentes de la Relación Social y aspectos esenciales en el desempeño de la acción profesional.



Institución: Se debe concebir la institución como una realidad viva y por ende dinámica, donde se generan intereses contradictorios que se encuentran. En esa contradicción se crea un espacio que debemos saber medir adecuadamente para su utilización. Es en este contexto, enmarcado en el ámbito institucional que el Trabajador Social debe reflexionar sobre tres aspectos esenciales en el desempeño de la acción profesional.

a) **Coherencia de la acción profesional con los objetivos profesionales:** estos se deben abordar en dos dimensiones: coherencia en el compromiso profesional frente a la realidad social y coherencia frente a la problemática que atiende la institución (que responden a la política social que implementa).

Los objetivos específicos de trabajos social en salud responden de forma preponderante a una restitución de la salud en distintas áreas (preventiva, curativa, rehabilitación), pero sin reflexionar en los planteamientos y metas de la política social. Este desfase entre objetivos determina que la acción profesional sea temática y profundamente emergente.

b) Compromiso con el objeto–sujeto del Trabajo Social: teniendo presente que en la mayoría de las instituciones, el compromiso profesional se reduce a la atención de un sujeto que aparece identificado con un ser individual que demanda un servicio o beneficio de la institución, sin ubicarlo a él dentro de una clase social. Esto conduce a una rutina y/o estandarización de la acción profesional. En función de esto último no se presenta el interés por participar en la formulación de políticas institucionales ni en la necesidad de incorporar a los grupos beneficiarios en las mismas. Es necesario que a través de una reflexión crítica de su quehacer, el compromiso con el objeto–sujeto del Trabajo Social sea capaz de ejercer presión y/o aumenten su capacidad de transacción con la institución.

C) Formas de intervención profesional: la misma en el plano institucional se reduce actividades interinstitucional o extrainstitucional, sin ajustarse a modelo metodológico, tiene más bien carácter técnico instrumental que responden a rutinas y hábitos profesionales que no sufren modificaciones, constituyendo así un trabajo automatizado.

Cuándo se habla de intervenir ¿se piensa solamente en atender una demanda?, ¿Intervenir es sinónimo de atender demandas? ¿la prestación de servicios nos remite a la intervención?. Son interrogantes que nos remiten a un eclecticismo, pues intervenimos en demandas que son creadas ya que son resultado de una determinada relación de fuerzas.

Si nos dedicamos en el quehacer profesional atender solamente las demandas instaladas y no ir más allá, corremos el riesgo de caer en la precarización de la profesión hasta llegar a la desaparición de la misma; Proceso que vemos cuando los profesionales son sustituidos por el voluntariado u otros.

Usuarios: deben lograr una identidad social, reconociendo que integran una clase social determinada, cuyas necesidades e intereses se expresan a través de la misma. En función de una participación activa, real y efectiva los usuarios tienen la posibilidad de situarse ante el mundo como sujeto: admirarse, comprenderlo, establecer relaciones conscientes, y mediante su trabajo y su acción creadora, transformarlo, y con ello transformarse.

Los Trabajadores sociales: deben lograr una identidad profesional dejando de lado ese perfil asistencialista. Para este logro, se debe utilizar la investigación, planificación y evaluación para así responder a las necesidades del objeto-sujeto.

“...La metodología que defendemos exige, por esto mismo, que en el flujo de la investigación se hagan ambos sujetos de la misma, tanto los investigadores como los hombres, que aparentemente serían su objeto. Cuanto más asuman los hombres una postura activa en la investigación... tanto más profundizan su toma de conciencia en torno de la realidad, y explicitada su temática significativa, se la apropian...”³⁶

Una vez que se investiga se debe definir o delimitar el problema –objeto de intervención profesional. Posteriormente se deben seleccionar estrategias de acción. Teniendo siempre presente que debemos contar con la participación (activa, conciente, responsable, sostenida, y organizada) de los usuarios de la Comunidad.

III.4 Perspectiva para definir el rol del Trabajador Social en la salud

Se debe romper con los esquemas intra hospitalario y preocuparse de los factores socioeconómicos, ambientales, etc., que son determinantes en el nivel de salud de una población. Tener presente que la salud es un fin y un medio, es un derecho humano y un elemento de desarrollo, por ende es responsabilidad del Estado dar las garantías para el mismo.

El sistema de salud debe estar estructurado de tal forma que participen el Estado, las organizaciones privadas, con un sistema de trabajo que incorpore a la comunidad (organizaciones de base, escuelas, industrias, etc.) en la búsqueda de ese bienestar físico, mental, y social.

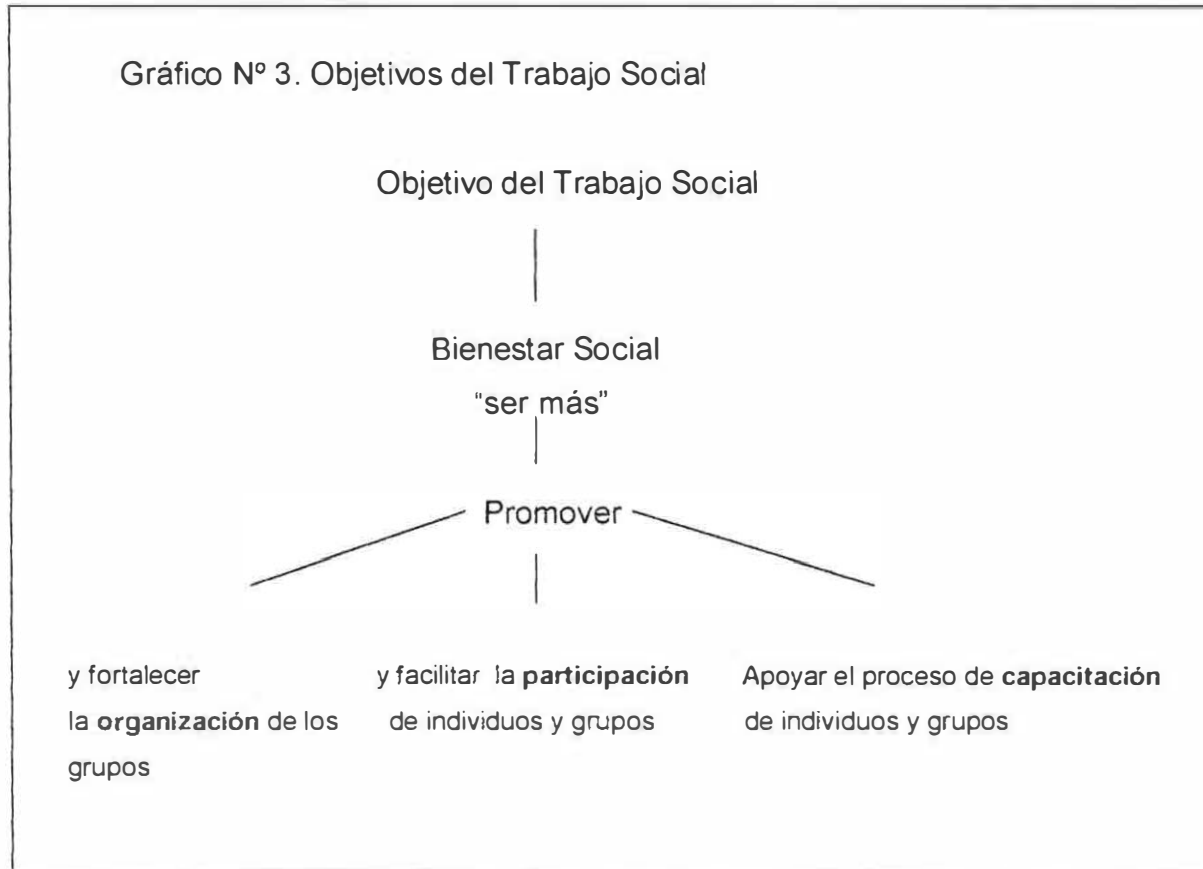
En post de lograr ese objetivo debe estar presente el Trabajador Social ya que es un profesional preparado para intervenir, transformar, concientizar a la comunidad a través de investigación, planificación, ejecución y evaluación de

³⁶ Freire, Paulo(1985). *Pedagogía del Oprimido*. Pag 127. Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A.

programas sociales. El Trabajador Social asume el compromiso con el otro, y subyace en su profesión, el respeto a los derechos humanos.

III.5 Objetivos del Trabajador Social

El objetivo del Trabajador social es el bienestar social, un bienestar que permita "ser más" y no solo "tener más".



A estos objetivos, se suman otros: A) Promover y fortalecer la organización de los grupos ya que a través de ellos los individuos pueden coordinar sus esfuerzos para solucionar los problemas comunes. Cuando se habla de grupos se alude a las familias, grupos de pacientes o expacientes (hipertensos, colostomizados, diabéticos, enfermos terminales, etc.) que requieren o requirieron de una rehabilitación para insertarse en la comunidad.

B) Promover la participación de los individuos y grupos a través de la incorporación en aquellos lugares de toma de decisiones y desde donde se

ejecuta la acción en salud, de forma tal que se conviertan en sujetos activos y dejen ese rol tradicional de pasivo.

La experiencia ha demostrado que no hay recuperación sin participación de los demás integrantes ya sea del grupo familiar, o de la comunidad en la cual se está inserto él o los individuos. Sólo con participación existirá fomento y protección de la salud no solo de aquellos que padecen una dificultad física, síquica y social, sino también de aquellos que aspiran a preservar ese derecho humano fundamental que es la salud.

Para que el sistema de salud responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población es importante que ésta participe activamente en su planificación y control, participación que es consustancial al concepto de Atención Primaria de Salud. Es decir, como lo sugiere Boris Lima³⁷ *"...La participación popular debe verificarse en el corre de todo el proceso de cambio, iniciándose cuando los técnicos comienzan a visualizar elementos de la realidad y debe continuar a lo largo del todo el proceso,...en distintas fases".* A su vez la participación *"debe ser consciente, organizada, e intensa."*³⁸

La representación ciudadana se produce en primer lugar en el ámbito político parlamentario y también en los órganos de gobierno local relacionados con los asuntos sanitarios. Hasta aquí se podría denominar participación desde «fuera» del sistema, o sea, a partir de las estructuras de representación política. Pero la representación política, en este terreno ha de producirse a partir de la participación «desde dentro» del propio sistema salud, mediante la consideración de los ciudadanos como elementos protagonistas en la toma de decisiones y en el debate de las directrices estratégicas de los programas.

El sistema de salud, en su perspectiva de organización prestadora de servicios, ha de estar orientado en su concepción, organización y actividades de acuerdo con las demandas tácitas y expresadas de la población atendida. Tener esta

³⁷ Carvalho de Pinho Maria Alba(1986). *A questao da transferencia eo trabalo social: uma analise gramsciana* Pag. 116. 2 edición. Sao Paulo. Edit. Cortez.

³⁸ Ídem. Pag. 117.

afirmación siempre presente evitará que los profesionales de la salud construyan un sistema hecho a la medida de enfoques unilaterales de los problemas y que no responda a las necesidades reales de sus usuarios.

C) Promover la capacitación de individuos y grupos, proporcionándoles los elementos teóricos y técnicos necesarios para que aumenten su eficacia y autonomía en el futuro, sin la necesidad de ayuda externa o con relativa autonomía de ella.” Es decir, lograr la autogestión de los individuos, donde el *“...hombre sea objeto y sujeto de su propia transformación”*³⁹.

En el área de la salud, para analizar la realidad hay cuatro conceptos cuya combinación indican quienes deben asumir las tareas en un equipo de salud. Estos conceptos son: eficiencia económica, subsidiariedad, historicidad, y complementariedad. Al hablar de eficiencia económica, nos referimos a la distribución de un bien escaso.

Con relación a los recursos humanos, el país prepara anualmente un número considerable de médicos, enfermeros, Trabajador Sociales, sin embargo estos profesionales, están atravesados por la desocupación y los que están ocupados en su mayoría están en condiciones precarias.

Subsidiariedad: aplicado a la estructuración de actividades profesionales, significa que cada actividad debe realizarse por el grupo ocupacional compatible con el desempeño adecuado de la actividad en cuestión.

Historicidad: definir el rol tiene validez histórica, si bien hay funciones permanentes y otras condicionadas por el medio, el proceso tecnológico, el modelo o tipo de organización y por la política que esta organización define.

Muchas veces no hay coherencia entre las definiciones de la política y la realidad ya que esta se escapa quedando la política como una utopía difícil de lograr o reconocer en la práctica diaria.

³⁹Carvalho de Pinho Maria Alba(1986): *A questão da transformação eo trabalho social: uma análise gramsciana* .Pag. 110. 2 edición, Sao Paulo. Edit. Cortez.

Los roles además de históricos son complementarios ya que es un equipo el que busca la salud de la población, por lo tanto hay una relación y una interdependencia entre los miembros ya que por ejemplo el médico por sí solo no puede optimizar su función, necesita compartir con otros miembros del equipo y con la comunidad sus tareas, reservándose para sí su rol técnico más calificado. Es decir, en materia de salud se complejizan las relaciones en su accionar ya que el médico para su terapia requiere de la enfermera (administración de inyectables), el pediatra requiere de las madres como colaboradoras, el siquiatra de la familia del enfermo, como factor de contención, el director de un centro de salud de toda la comunidad, para luchar y obtener mejores condiciones higiénicas y prevenir las diarreas u otras infecciones del sector así como también que las personas se asistan en dicho nosocomio. En función de ésta perspectiva de historicidad, complementariedad, subsidiariedad y eficiencia económica, es que se debe definir el rol de Trabajador Social.

III.6 Líneas de acción

Estas líneas de acción tiene como objetivo extender la cobertura de atención integral en salud al total de la población. Para lograr este propósito se deben priorizar las mismas:

1 Diseño de un sistema de atención con diversos niveles de cobertura y complejidad, es decir nivel primario, secundario, terciarios.

1.2 Determinar las prioridades de las situaciones de salud con relación a los grupos humanos, acciones y su ubicación geográfica.

1.3 Diseños de programas integrados para grupos específicos: infantil, maternal y adultos.

1.4 Diseños de programas que apunten a situaciones específicas de salud: salud rural, bucal, mental, rehabilitación y de alimentación complementaria.

1.5 Coparticipación con otros sectores de programas multisectoriales, educación, justicia, gobierno, etc.

De por sí sola no bastan estas líneas de acción se requiere que el " fomento- protección- recuperación y rehabilitación de los enfermos se realicen en forma oportuna, continua, eficiente y con máxima cobertura"⁴⁰.

III.7 El Trabajo Social y las políticas de Salud

III.7.1 Políticas de salud⁴¹

Las políticas de salud son apenas una de las líneas de acción de las políticas sociales del Estado que se encuentran vinculadas orgánicamente a la esfera económica en función de la relación directa con la productividad.

Las políticas de salud responden concretamente a la situación de la salud del país y refleja una concepción ideológica y técnica que dirige el proceso de acción de la política. La importancia de políticas saludables se infiere al saber que los factores más directos de ese proceso de salud-enfermedad están íntimamente relacionados con las condiciones económicas, sociales y culturales, las cuales tiene un impacto mayor sobre la mortalidad prevenible que el carácter curativo de la medicina.

Características básicas de una política de salud:

Una política de salud deberá ser explícita, coherente, factible y viable.

Explícita: es decir deberá ser claramente formulada, escrita, donde se logren niveles de acuerdo que trasciendan más allá de los períodos gubernamentales.

Coherente: con las políticas formuladas para otros sectores de la sociedad, especialmente para aquellos sectores más vulnerables. Es decir, no se concibe una política de salud, ni su permanencia, sino esta en concordancia con las otras políticas (en materia de trabajo, vivienda, educación,, seguridad social y ciudadana, medioambiente, políticas de distribución de los recursos y la riqueza nacional).

Factible: Cada una de las medidas que se tomen para implementar las políticas de salud, deberá contar con los recursos necesarios, y de ser posible

⁴⁰ AAVV. *Perspectiva para definir rol del Trabajo Social en salud*. En: Trabajo Social, Chile (feb / marzo 1978), (nº 24): pag. 33-53.

⁴¹ Publicación Científica Nº 524. *Las condiciones de Salud en las Américas*. Edición 1990. Volumen I. Pag.258. Oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

se deberá establecer el origen de los mismos. En este marco no se puede concebir la desmaterialización de las políticas, (cualquiera sea su índole), así como tampoco podemos concebir el desmantelamiento de los servicios de salud, consecuencia de esta desmaterialización, lo que conduce a su vez, a un retorno de formas filantrópicas de atender la cuestión social.

Viable: se tendrá en cuenta y potenciarán todos aquellos elementos, históricos o presentes, que constituyan fortalezas y oportunidades para el cumplimiento de esa política.

Es deseable que **una política de salud sea una política de Estado**. No debe ser un resultado político partidario, sino un **ACUERDO NACIONAL** en que participen todos los actores involucrados.

III.7.2 Un cambio necesario.- Las políticas y el Sistema Nacional de Salud.

En función de la crisis que afecta el sistema actual de la salud es imprescindible promover los cambios necesarios para mejorar el nivel de vida, y por ende y promover mejores niveles de salud para la población. Se debe reorganizar los servicios de salud, es decir, implementar cambios en el modelo de atención a la salud, en el modelo de gestión, en el sistema de financiamiento y en la formación de los recursos humanos sobre quienes recaerá el desafío de ejecutar estas políticas; generando escenarios de transición hacia el cambio de modelo; estos ejes nos orientan en la modificación del actual paradigma y ayudan a posicionarnos en la búsqueda del derecho a la salud de todos los uruguayos.

Un Sistema Nacional de salud es el instrumento idóneo para lograr la transformación (imprescindible) en la salud de nuestro país.

El Sistema Nacional de Salud: Es el conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, integrados en forma de red en una estructura única de organización con una organización central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedio y locales descentralizados que tienen como propósitos esenciales asegurar la

cobertura universal, con equidad en la prestación y la financiación, eficacia y eficiencia económica y social y una atención integral a la salud.

Si bien existen diversos anteproyectos y proyectos de ley sin sanción legislativa, así como también distintas resoluciones gremiales, más allá de matices todos acuerdan en los siguientes aspectos.

El **modelo** a impulsar debe centrar su razón de ser en:

1. La concepción de la salud como un Derecho Humano Universal.

Un Concepto de salud más amplio, operativo de donde se deduce que *“ la salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, y constituye un inestimable bien social”*⁴²

2. Un modelo de atención integral definido por Hugo Villar, como “Un conjunto de actividades, dirigidas a las personas y al medio ambiente desarrolladas por equipos de *trabajadores de la salud* con propósitos de: promover la salud; proteger contra la enfermedad; recuperar y rehabilitar al individuo enfermo; realizadas en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque, biopsicológico y social”.

3. Regido por principios básicos: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia social y económica atención humanitaria, participación social, administración democrática y derechos del usuario sobre información de su salud

4. Que presente un desarrollo armónico y proporcional, en el que no se sobredimensione o hipertrofie un nivel o modalidad de atención.

⁴² Villar Hugo (2003): “La salud una política de Estado. Hacia un sistema Nacional de Salud” Pag. 34. Ed. Grafnel, Montevideo.

En función de lo expuesto a la hora de elaborar las políticas de salud, no **es responsabilidad absoluta del sector salud**, sino que implica la participación multisectorial **debidamente programada**. Esto posibilita **el enriquecimiento de todos los actores involucrados**.

CAPÍTULO IV

A modo de conclusión...

IV.1 Aportes alternativos del Trabajo Social a la Salud: Participación de la comunidad, promoción y educación popular en salud

A partir de la participación comunitaria, promoción y educación popular en la salud se le proporciona a la población los medios para que esta ejerza un control de su estado de salud, y por ende logra mayor dominio de las decisiones que afectan directamente sus vidas; es decir, se le permite a la población un empoderamiento (proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones).

IV.1.1 Participación

Como Trabajadores Sociales partimos de postular la participación comunitaria como un principio, una meta, y un instrumento de nuestro trabajo de promoción social. A tales efectos apuntamos a una participación real y activa de los sectores populares.

Las condiciones desiguales en la que están sometida estas poblaciones latinoamericanas, trajo aparejada una mayor desigualdad en la distribución de los recursos y en consecuencia, el acceso a los servicios convencionales de salud, es reducido o nulo para los sectores más vulnerables y empobrecidos de la población. Por tal razón, en materia de salud, se deben concentrar esfuerzos en llevar los servicios de salud básicos a toda la población, recurriendo a la participación de la comunidad tanto para ser más eficaz el servicio como para estimular la responsabilidad individual y colectiva respecto a la preservación y mejoramiento de la salud.

Se entiende por **participación comunitaria**: " ... el proceso mediante el cual los individuos se transforma de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio

bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo".⁴³

Por lo general la mayoría de los países concuerda en que la comunidad debe desempeñar una función activa en la planificación administración ejecución de las actividades de salud. Sin embargo, en la realidad, la mayor parte del personal de salud, considera que la participación de la comunidad debe ser algo complementaria del sistema de atención de salud: un medio de conseguir cooperación y recursos adicionales que refuercen los objetivos y el programa del sistema, pero bajo su control.

Otro punto consiste en que hallan coincidencia en las prioridades tanto por la comunidad como por las instituciones de salud. En muchos caso las instituciones de salud conciben como prioritarios determinados problemas en salud, que la comunidad no reconoce como tales. Para disolver esta disyuntiva es necesario que en el diagnostico de situación sea imprescindible saber que siente como necesidad la comunidad a la cual se dirigen las acciones en salud. De lo contrario el programa podría estar condenado al fracaso. Son mayores las probabilidades de éxito si los intereses del sistema de salud y de la comunidad coinciden. No basar las actividades de salud en función a que la comunidad sea la que debe modificar su conducta y por lo tanto los éxitos correspondan al sistema y la culpa del fracaso a la comunidad. Por lo tanto es necesario una política pública, pluralista y horizontal convocante y participativa del gobierno local para asumir errores y compartir el éxito.

Los tipos de participación de la comunidad comprenden la planificación, la ejecución, y la evaluación de actividades. La planificación tiene implícita la definición de necesidades, objetivo, y estrategias, la adopción de decisiones con respecto a los servicios y la determinación de los medios de obtener y emplear recursos.

⁴³ Linares C. Participación: (1996): *¿Solución o problema?* La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana.

La ejecución comprende tanto la administración de fondos y personal como la obtención de recursos y la asistencia para llevar a cabo las actividades.

La evaluación incluye formas (estructuradas o no) de averiguar las opiniones de los miembros de la comunidad en materia de actividades de salud.

El grado de participación de la comunidad se puede clasificar en el marco de tres categorías generales: Utilización, cooperación, intervención en la adopción de decisiones.

Utilización: Uso de los servicios institucionales de salud, sin que sus miembros proporcionen un insumo directo. Si bien la mera utilización no implica participación autentica, pero es requisito esencial para que se produzca.

Cooperación: de la comunidad no solo con la fuerza del trabajo, o material, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas que hallan sido desarrollados por organismos u instituciones de salud.

Intervención en la adopción de decisiones: La participación comunitaria se debe dar en todo el proceso (planificación, administración, ejecución, de las actividades).

Las comunidades pueden tener una participación activa o pasiva, en función de factores inherente a cada comunidad y la forma en que esté estructurado el sistema de salud. En las comunidades donde la participación⁴⁴ de la población se limita a cooperar con los servicios de salud o a utilizarlos exclusivamente, el sistema de salud se caracteriza por no contemplar la aplicación de políticas de participación de la comunidad o de tener una estructura incompatible con su desarrollo. Es frecuente que el personal de salud no este preparado en técnica de participación. Las comunidades pueden considerar que sus necesidades en materia de salud están satisfecha, o simplemente que la salud no es tema de urgencia.

⁴⁴ Se recomienda ver cuadros que detallan las dimensiones de la participación en la comunidad y los factores que influyen en la misma (Anexo III)

La participación comunitaria debe tener estabilidad en el tiempo y contar con el apoyo del sistema. Es decir, el sistema de salud debe ser flexible y dar pie a que la comunidad asuma responsabilidades y ejerza un control efectivo.

Por otra parte, vale señalar que el que se le dé mayor participación a la comunidad para el cuidado de sí misma no debe implicar la desaparición de la responsabilidad del sistema de salud.

IV.1.2 Promoción en salud

Las actividades en promoción de salud se concentran en la comunidad con el objetivo básico: el derecho a la salud, la equidad en salud, participación de la comunidad y la colaboración intersectorial en la promoción de salud y la investigación participativa.

La promoción en salud puede encaminar los esfuerzos de las instituciones y a los pueblos en pro de una salud. Para esto la comunidad debe tener un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud.

En conformidad con este ideal, en la "Declaración de Ottawa", redactada en la "Conferencia Internacional de Promoción de Salud" celebrada en noviembre de 1986, se patrocinaron actividades encaminadas a establecer "una nueva salud pública" mediante el fomento de "política pública de buena salud". Para este logro se realiza a través de ambientes propicios de enfoque socio ecológico de la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria otorga a las comunidades facultades para que ejerzan un mayor control sobre sus propias instituciones de salud, y el desarrollo en la población de conocimientos prácticos que le permitan ampliar sus opciones en materia de salud.

Promover la participación de las personas involucradas para mejorar su calidad de vida; una promoción que va mas allá de nuestro accionar.

Se debe tener cuidado en no tomar la promoción como algo automático de una vez para siempre porque se corre el riesgo de no asegurar el aprendizaje, además de no incluir al individuo en los programas de salud.

IV.1.3 Educación popular

Se propone la educación popular como el camino de intervención sistemática en una realidad social concreta, llevado adelante por una pluralidad de sujetos a partir del diálogo y la confrontación entre sí, con la tarea y la realidad en la cual se está inmerso. La educación popular es una alternativa en cuanto constituye una ruptura respecto a las prácticas dominantes en el área de la salud y en el campo social en lo que se refiere a la acción de educar, a las relaciones de roles, el papel de lo grupal. Es decir, se apunta a una intervención social transformadora que contribuya a un proyecto de cambio global. Por ende la educación popular posibilita un proceso político educativo en la salud, en cuanto posibilita la expresión de los grupos y personas de los sectores populares, constituyéndose en sujetos de conocimiento. Aprendiendo a valorar los distintos conocimientos, reconociendo la existencia de saberes distintos y por ende la producción de conocimientos diversos. Constituyéndose así un proceso de aprendizaje grupal que desestructura las formas tradicionales de conocimiento y acción. Permitiendo asumir la investigación, la creación y evaluación como prácticas colectivas.

La educación popular puede ser descrita en los siguientes términos: 1) una pedagogía ideológica dirigida a contribuir a la concientización, al desarrollo y la organización social comunitaria; 2) una práctica pedagógica donde se enfatiza el uso de métodos participativos y el análisis de herramientas que se pueden utilizar para resolver problemas concretos que enfrenten los participantes y 3) posee una intencionalidad política orientada a fortalecer la identidad social de los sectores populares, aprendiendo a valorizar y preservar sus culturas y estableciendo una relación entre la actividad educativa y la capacidad de movilización social entre los sectores populares.

Paulo Freire⁴⁵ ha sostenido que todas las profesiones que revisten cierto carácter pedagógico, y el Trabajador Social tiene mucho de dicho carácter, este se debe basar en el diálogo, en la horizontalidad, en la medida de que la

⁴⁵ Freire, Paulo (1988) ¿ *Extensión o Comunicación? La concientización en el medio rural*”, pag 51 Siglo Veintiuno Editores, México

práctica profesional no es la transferencia de saber que uno posee como científico social, sino un encuentro de sujetos interlocutores ". que busca la significación de los significados...". Esto conduce a la Concientización. "...En la dialoguicidad, en la problematización... desarrollan ambos una postura crítica, de la cual resulta la percepción de que todo este conjunto de saber se encuentra en una interacción..."⁴⁶

Se puede considerar, que el Trabajador Social que rechaza, en cualquier nivel, la problematización dialógica, cae en la práctica que "deposita" el saber profesional, anestesiando así lo crítico, reproduce las relaciones de dominación- dependencia, apostando con ello a la "domesticación" de los sujetos con los que trabajamos; colaborando en instrumentalizar lo que Freire ha denominado "invasión cultural". De esta forma el invasor reduce a los hombres, del espacio invadido, a meros objetos de su acción. En el momento que un Trabajador Social se reconoce como el "agente del cambio" difícilmente percibirá que si su empeño es realmente educativo liberador, las personas con quienes trabaja son tan agentes de cambios como él, de lo contrario no hará otra cosa que conducir, manipular, domesticar, convertir a los hombres con quienes trabaja en objetos de su acción.

Ser dialógico es no invadir, es no manipular a través de mi saber profesional, a través de la asimetría de poder presente también en la relación profesional.

El problema de la simetría de la relación se debe asumir como tal para poder superarla. Esto se logra por un proceso complejo que involucra el diálogo y el conflicto.

⁴⁶ Idem. cita nº 45.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía general

- ✓ Carlevaro. Pablo V. *Algunas reflexiones sobre el programa APEX*. En: Educación y Derecho Humanos. Vol. 6 (nov. 1992), (nº 17): pag. 35-38.
- ✓ Ferrando, Jorge y otros(1994): *Incluidos y excluidos. Reflexiones sobre Políticas Sociales*. Edit. OBSUR. Montevideo.
- ✓ Foucault, Michael (1996): *Historia de la sexualidad*. v. 1: La voluntad de saber. *En derecho de muerte y poder sobre la vida*. 23ª edición. EDT. Siglo XXI. México.
- ✓ Foucault, Michel(1987): *El Nacimiento De La Clínica una arqueología de la mirada médica* Edit. Siglo Veintiuno, México.
- ✓ Foucault, Michel(1992): *Microfísica del poder*; Las Ediciones de la Piqueta, España.
- ✓ Freire, Paulo y otros.(1987): *Pedagogía: dialogo y conflicto*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Freire, Paulo(1985): *Pedagogía del oprimido*, Siglo Veintiuno Editores, Argentina.
- ✓ Freire, Paulo(1988): *¿ Extensión o comunicación? : la concientizacion en el medio rural*. Siglo Veintiuno Editores, México.
- ✓ Freire, Paulo. (1970): *El rol de Trabajador Social en el proceso de cambio*, en revista "Hoy en el servicio Social", Nº 16-17.
- ✓ Freire, Paulo. (1974): *Educación para el cambio social*. Editorial Tierra Nueva, Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Freire, Paulo.(1986): *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón –Riviere*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, Argentina.
- ✓ H. San Martín, A. C. Martín, y otros(1989): *Epistemología: Teoría, investigación, práctica*. Edic. Díaz de Santos. S.A. Madrid.
- ✓ Salleras Sanmarti. L. *La salud y sus determinantes*. En: Revista de documentación científica de la cultura. Edit. ANTHROPOS. Universidad de Barcelona. Septiembre 1988.
- ✓ Salleras Sanmarti. L.(1985): *Educación sanitaria . Principios, métodos y aplicaciones*. Edit. Díaz de Santos, Madrid.

- ✓ Mazzotti, Mariela y Rivero Silvia. Proyecto de Investigación *Aproximación a una Tipología de Abordajes Grupales en el Campo de la Condición de la Mujer Informe Final*. Material elaborado en Facultad de Ciencias Sociales, Ciclo Básico. Montevideo. 1994.
- ✓ Mitjavila Myriam. *El saber Médico y la Medicalización del Espacio Social*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Documento de trabajo nº 33. Montevideo, Uruguay, Diciembre 1998.
- ✓ Publicación Científica Nº 524. *Las condiciones de Salud en las Américas*. Edición 1990, Volumen I, II. Oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Terris, M.(1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Edit. Siglo XXI.
- ✓ Weinstein, Luis(1975): *El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo*. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo 1995.
- ✓ Weinstein, Luis(1989): *Salud y autogestión*. Colección Piedra Libre. Edit. NORDAN-Comunidad. Montevideo.
- ✓ Weinstein, Luis. *Salud mental y proceso de cambio: hacia una ideología de trabajo en prevención primaria*. Edit.-Librería ECRO. Buenos Aires.
- ✓ Zaffaroni, Cecilia y colaboradores(1998):*Encuentros y Desencuentros. Familias Pobres y Políticas Sociales en el Uruguay*. Ed. CLAEH. Uruguay.
- ✓ Zurro Martín, A.; Pérez Cano, J. F. (1990): Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica. *Barcelona. Versión electrónica*.

Bibliografía específica

- ✓ AAVV. Del usuario pasivo a los grupos de salud. En: Trabajo Social. Uruguay. Vol. 13 (1999) , (nº 17): pag. 27-42.
- ✓ AAVV. Investigación Social: *el conocimiento de la gente sobre salud e hidatidosis*. Montevideo (1978): MSP: Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis.
- ✓ AAVV. Perspectiva para definir rol del Trabajo Social en salud. En: Trabajo Social, Chile (feb / marzo 1978) , (nº 24): pag. 33-53.
- ✓ AAVV. Una propuesta de Trabajo Social para la promoción de la salud a través de la participación social. En: Trabajo Social , UNAM-Vol. 1(enero- marzo 1994) , (nº 4): pag. 30-37.

- ✓ Acosta, Luis. *Demandas y oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos escenarios y estrategias* V Congreso Nacional de Trabajo Social en el Uruguay (5 al 7 de Agosto de 1993). Editorial EPPAL.
- ✓ Acosta, Luis. *El Trabajo Social en el campo de la salud: obstáculos y posibilidades*. En: Revista regional de Trabajo Social AÑO XIII Nº 17 Editorial EPPAL 1999.
- ✓ Acosta, Luis. *La génesis del servicio Social y el higienismo*. En: Fronteras. (Junio 1988) , (nº 3): Pag. 11-24.
- ✓ Acosta, Luis. *Un enfoque alternativo en relación a una política de salud*. En: Cuaderno Trabajo Social. (1992) , (nº 1): pag.49-62.
- ✓ Acosta, Luis; Dornell, Teresa; Rovira, Cristina. *Acción del Servicio Social en los programas de salud a nivel nacional*. En: Trabajo Social. Uruguay. Vol. 2 (set.1987) , (nº 5) pag. 14-17.
- ✓ Aucancela Reyes, Marta; Galindo De Rios, Carmen. *El Trabajo Social actual y las políticas de salud: Las nuevas tendencias de la intervención familiar*. En: Acción critica (dic. 1984), (nº 16): pag 65-70.
- ✓ Carvalho de Pino Maria Alba(1986): *A questao da transformacao e o trabáho social. 2.Edicão*. Sao Paulo. EDT. Cortez.
- ✓ Celats- Humanitas(1989): *La práctica del Trabador Social*. Guía de análisis.
- ✓ Ciriacos, C. *Análisis de Situación de Salud*. En: Medicina Familiar y comunitaria. Macedo J C. Dibarbure. H. Ediciones de la Universidad de la República. Diciembre 1988.
- ✓ Ebole, Obdulia, ent.; Arroyo, Álvaro; Faral, Luis. *Salud y participación comunitaria*. En: Notas del CLAEH. (Set. 1986), (nº 45): pag. 11-18.
- ✓ Escobar, Mónica. *Avanzando en propuestas para la promoción de la salud*. En Acción critica (dic 1989) (nº 26): pag. 5-20.
- ✓ Gaydósz, Andrea. *El derecho a la salud, al trabajo y a la soberanía son parte esencial de los derechos humanos*. En Internos. Revista Cultural de la Asociación de Funcionarios del CASMU. Nº 18/Segunda Época/ Julio de 2001.
- ✓ Gerpe, Nibya etall (1980). *Elementos para un perfil profesional del Trabajo Social*: Ed. Lima: CELATS. Uruguay.
- ✓ Giorgi, Víctor(1988): *Vinculo Marginalidad Salud Mental*. Edit. Rocaviva. Montevideo.

- ✓ Hernández Torres, Gloria Stella. Trabajo Social en la comunidad: Una posibilidad aplicable al sector salud. En: Revista de la Facultad de Trabajo Social. U.P.B. Vol. 8(1991), (nº 8): pag. 23-27.
- ✓ Ibarra De Puerta, Haydee. Sistemas locales de salud (SILOS) y la participación comunitaria. En: Revista de la Facultad de Trabajo Social. U.P.B. Vol. 7 (enero / diciembre 1990), (nº 7): pag. 47-51.
- ✓ Katz, Jorge; Miranda, Ernesto. Mercados de salud: Morfología, comportamiento y regulación. En: Revista de la CEPAL. (Dic. 1994), (nº 54): Pag. 7-25.
- ✓ Kisnerman, Natalio. (1985) Las Necesidades Sociales. En: *Teoría y práctica del Trabajo Social Nº 1. Introducción al Trabajo social*. Ed. Humanitas. Bs. As.- Argentina.
- ✓ Linares C. Participación(1996): ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana.
- ✓ Magendzo, Salomón. Educación popular: efectos de la capacitación de los recursos humanos en salud. En: Trabajo Social, Chile. (1992) , (nº 11): pag. 77-82.
- ✓ Mitjavila, Myriam; Rotondaro, Ernesto. La sociología y la construcción de objeto de conocimiento en el área de la salud. En: Revista de Ciencias Sociales (abril 1990), (nº 4): pag. 61-66.
- ✓ Molina-González, Julio. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. En: Revista Médica del Uruguay (2002): Vol. 18. Nº 3. Sindicato Médico del Uruguay.
- ✓ Reyes, Esperanza. Las políticas de salud que "hablan" de la participación comunitaria. En: Acción crítica (dic 1989) (nº 26): pag.36-54.
- ✓ Terra, Carmen. La educación popular: espacio articulador de una práctica alternativa en un programa de salud a nivel local. En: Cuaderno Trabajo Social. (1993) , (nº 2): pag.49-65.
- ✓ Urrutia, Carlos; Boggio, Ana; Maguina, Alejandrino. La enfermedad capitalista de la salud popular. En: Acción crítica (dic 1984) (nº 16): pag.29-44.
- ✓ Villar, Hugo(2003): *La salud una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Montevideo. Edit Grafinel.

Fuentes documentales

- ✓ ADASU. Documento de trabajo N° 14. MESA DE SALUD. Julio 2004.
- ✓ ADASU. Código de ética para el servicio Social o Trabajo Social del Uruguay. Mayo 2001.
- ✓ Calvo José Juan. *Nociones básicas de demografía*. Material de apoyo. Ciclo Profesional, Facultad de Ciencias Sociales 2002.
- ✓ Ficha del F. C. U. N° 2: Servicio de Documentación en Trabajo Social.
- ✓ Laurell, Cristina Asa. *La salud- enfermedad como proceso social*. Ficha n° 14 Sociología de la salud. Facultad Ciencias Sociales.
- ✓ Laurell, Cristina Asa. *La salud: De Derecho Social a Mercancía*. Ficha n° 23 Sociología de la salud. Facultad Ciencias Sociales.
- ✓ Mazzotti, Mariela *Los principios Operativos en el Trabajo Social* Material elaborado en Facultad de Ciencias Sociales, Ciclo Básico. Montevideo, junio 1992.
- ✓ Plan de estudios *Licenciatura en Trabajo Social*. Facultad de Ciencias Sociales. Distribuido N° 645/92. Octubre 1992.
- ✓ Sindicato Medico del Uruguay: Diario circulación interna - 8° Convención Médico Nacional. Aportes para la discusión. Informes sobre Sistema de Salud. Formación Médica. Ética y Colegiación. Trabajo Médico. Asambleas zonales y funcionales. 18 de Mayo de 2004.