

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

**Cambios en el sistema de salud:  
¿nuevo horizonte para el trabajo social?**

**Manuela Serrana Bello Manfredi**

**Tutora: Adela Claramunt**

**2012**

# ÍNDICE

Índice.....	1
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4
Palabras Claves.....	6
Introducción.....	7

## CAPITULO I

Concepciones y características de las Políticas Sociales en su procesualidad histórica.....	10
Las transformaciones en el Estado y en las Políticas Sociales.....	13
Un nuevo modelo de Políticas Sociales.....	15

## CAPITULO II

Concepciones de Salud y Niveles de Atención.....	23
Las transformaciones en el Concepto de Salud.....	23
Niveles de Atención en la Salud.....	26
En nuestro país.....	29

### CAPITULO III

Principales características de la Política Social de Salud actual comparándola con la Política Social de los 90”.....	33
Política Social de Salud de los años 90”.....	33
Política Social de Salud actual.....	34

### CAPITULO IV

El Trabajo Social en el área de la Salud, su vinculación desde su génesis y las determinaciones que el cambio en la Política Social de Salud le coloca en la actualidad.....	40
Dimensiones del Trabajo Social.....	43
Génesis de la profesión.....	44

### CAPITULO V

Algunas reflexiones finales.....	49
Bibliografía.....	52

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, Eduardo y Mónica por inculcarme el estudio como herramienta de superación.

A Emiliano, mi esposo por acompañarme en este proceso.

A Constanza, mi hija por ser el motor necesario para culminar la carrera.

A mi tutora, Adela por recorrer este camino juntas.

A Georginna y a todos los que de alguna manera colaboraron con la elaboración de este trabajo.

## **RESUMEN:**

El objetivo general que persigue la monografía final de grado es exponer los trazos principales de la Política Social de Salud actual de nuestro país. Busca captar los trazos fundamentales de la misma, ahondando en las características de las Políticas Sociales precedentes en esta área, así como situar al Trabajo Social en estas transformaciones.

De esta manera, los objetivos específicos son: comprender las concepciones y características de las Políticas Sociales teniendo en cuenta su procesualidad y haciendo referencia a las reformas del Estado; abordar conceptos como: Salud, niveles de atención; y captar las determinaciones que este “cambio” en la Política Social de Salud coloca al Trabajo Social.

Se pretende dar cuenta del proceso de investigación y aprendizaje realizado para la elaboración de este trabajo, a la vez que reflejar el bagaje teórico conceptual adquirido a lo largo de la experiencia universitaria.

Con respecto al enfoque teórico metodológico que utilizaré en mi trabajo, el mismo pretende ser fiel a una visión histórico dialéctica. A grandes rasgos dicho enfoque busca captar la complejidad y la riqueza de la realidad social, basándose en la razón dialéctica y en el proceso de conocimiento planteado entre otros por Marx.

A modo de reflexión final se puede decir que el cambio al que asistimos con el nuevo Sistema de Salud nos hace repensar a las Políticas Sociales en general, en el sentido que nos cuestionamos si se está produciendo un nuevo modelo de Políticas Sociales o si continuamos con la característica reduccionista de las Políticas Sociales de los 90’.

Creemos que la reforma de Salud, más allá del déficit y problemas que aún tiene, resulta esperanzadora, en primer lugar para las personas pero también para la profesión que está

llamada a ser protagonista de esta Política Social. Esto se debe a que la Salud se postula como un bien social, como un derecho humano esencial, se habla de un sistema integral que implica acciones de promoción y prevención desarrollando estas actividades en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

## **PALABRAS CLAVES:**

Política Social

Trabajo Social

Sistema Integrado de Salud

## INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo constituye la Monografía final de grado, requisito curricular para la aprobación de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El mismo pretende a modo de cierre, dar cuenta del proceso de investigación y aprendizaje realizado para su elaboración, a la vez que reflejar el bagaje teórico conceptual adquirido a lo largo de la experiencia universitaria.

Mi estudio se enfoca en la Política Social de Salud actual, en nuestro país. Busca captar los trazos principales de la misma, ahondando en las características de las Políticas Sociales precedentes en esta área, así como situar al Trabajo Social en la misma.

Con respecto al enfoque teórico metodológico que utilizaré en mi trabajo, el mismo pretende ser fiel a una visión histórico dialéctica. Así retomaré los planteos de De Martino (1999) acerca de la producción de conocimientos y la concepción metodológica en nuestro colectivo profesional, en la medida en que (desde una visión histórico-dialéctica) la autora explicita un tipo de propuesta sobre cómo abordar la realidad social desde una perspectiva que trata de dar cuenta de la complejidad y riqueza de la misma, lo que es imprescindible (según mi entender) para que los trabajadores sociales seamos capaces de trascender la pseudoconcreción y el pensamiento cotidiano (Heller, 1985).

Para poder comprender, aprehender la realidad social es necesario hacer un rodeo (lo cual según Kosik (1969) implica trascender el mundo de la pseudoconcreción y llegar a poder captar la esencia del fenómeno) o lo que es lo mismo transitar un camino ascendente de un concreto sensible, caótico a un concreto pensado, pasando por abstracciones y combinando procedimientos histórico- genéticos y abstractivos- generalizantes.

Por tanto si bien es necesario en ese proceso de conocimiento realizar "fragmentaciones", divisiones del todo para poder captarlo mejor, también es imprescindible remitirse a esa totalidad rica, cambiante y en constante movimiento que es la realidad. Es decir que es

fundamental reconstruir la "totalidad" de manera ordenada, captando la procesualidad en sus diferentes esferas.

Todo esto, sin duda alguna se vincula con las "dos" racionalidades de las que tanto habla Netto (1994) y yendo más atrás con la lógica de la negatividad introducida por Hegel (1968). Según Netto (1994) la razón dialéctica es aquella que intenta dar cuenta del cambio y de la procesualidad.

Precisamente quien suscribe, siendo consciente de que es una meta a tratar de alcanzar, intentará captar en este trabajo: la procesualidad de cada fenómeno, de cada historia, razón por la cual se profundiza no solo en la concepción de Política Social si no también, en los cambios que éstas han tenido en las últimas décadas.

Es decir que la clave en la realización de esta monografía no será (en la medida de lo posible) la de buscar clasificar, distinguir, descomponer el conjunto en sub-partes mediante el uso de modelos lógicos usando así la mera razón analítica (Verstand) sino la de tratar de trascender y romper con eso siendo fieles a una razón dialéctica (Vernunft) que incluye en su campo a la negación, ya no solo (como el "modelo positivista") la posibilidad.

De esta manera el cuerpo de este documento se articula en cinco grandes partes. En primer lugar se realiza un acercamiento a las concepciones y características de las Políticas Sociales, haciendo una breve reseña de la reforma del Estado producida fundamentalmente en los años '90", así como en los últimos años, con la asunción del gobierno de izquierda.

En una segunda parte se aborda el concepto de Salud y los Niveles de atención.

En un tercer capítulo se exponen las principales características de la Política Social de Salud actual comparándola con la desarrollada en los '90, problematizando algunos ejes de análisis y dejando la puerta abierta a futuras investigaciones.

La cuarta parte de este documento está dedicada al Trabajo Social en el área de la salud, su vinculación desde su génesis, y las determinaciones que el cambio en la Política Social de Salud le coloca en la actualidad.

Finalmente, se exponen las reflexiones que surgen en este proceso de investigación, el cual no se agota aquí.

## **CAPITULO I: Concepciones y características de las Políticas Sociales en su procesualidad histórica.**

El concepto de Políticas Sociales hace referencia a un conjunto de medidas cuyo objetivo principal es el bienestar de la población. Siendo más precisa, y retomando lo planteado por Potyara Pereira (2000:149), por Política Social entiendo a

“las modernas funciones del Estado capitalista de producir y redistribuir a la población determinados bienes y servicios sociales considerados derechos de ciudadanía”.

Más allá de la definición planteada anteriormente, existen distintas formas de concebir las Políticas Sociales pensadas según la concepción que se posee de Estado y el énfasis que se ponga a las diferentes funciones que cumplen dentro de la sociedad.

Pastorini (2000) plantea la existencia de dos grandes concepciones; la perspectiva tradicional, la que entiende a las Políticas Sociales como mecanismos de redistribución de la renta social y la perspectiva marxista que trasciende el análisis simplista de las mismas y las ubica como espacio y consecuencia de las luchas sociales.

La primer concepción, la tradicional, entiende a las Políticas Sociales como aquellas acciones del Estado que procuran disminuir las desigualdades sociales que existen entre los individuos derivadas de las diferentes formas de participar en la división social del trabajo; estas diferencias son entendidas como naturales y necesarias. De esta forma, las Políticas Sociales son vistas como un conjunto sistemático de acciones que tienen como principal función la redistribución social de la renta, con un carácter compensatorio y paliativo.

Los pensadores que se adhieren a esta concepción entienden a las Políticas Sociales como concesiones del Estado para redistribuir los escasos recursos sociales con el fin de mejorar el bienestar de la población en su conjunto, principalmente a los más afectados por el mercado, ya que existen distintas oportunidades y desigualdades económicas.

Dentro de esta matriz ideológica, nos encontramos con Jorge Graciarena (apud Pastorini, 2000) quien entiende a las Políticas Sociales como una alternativa de corrección a las desigualdades sociales producto del crecimiento capitalista.

Por su parte, pero en una línea de análisis semejante, Rolando Franco (apud Pastorini, 2000) plantea la ejecución de las Políticas Sociales con el fin de disminuir “casi mágicamente” las desigualdades y la pobreza; claro está, manteniendo el necesario “status quo”, naturalizando de esta manera el sistema social en el cual estamos insertos como si el mismo no fuera producto de la construcción humana.

Las Políticas Sociales son creadas para compensar desigualdades que derivan del mercado. Si el mercado privilegia a unos y otros son desfavorecidos, las Políticas Sociales, con este carácter redistributivo, deben atender a los desfavorecidos, considerando que se estaría reequilibrando las desigualdades y combatiendo la pobreza.

Como lo plantea Pastorini (2000:212)

[...]“esta redistribución por intermedio de las Políticas Sociales no es suficiente siquiera para compensar las desigualdades socio-económicas y políticas generados en el mercado o en la esfera productiva. Lo que sucede es que, estos pensadores hacen alusión a la redistribución y no a la distribución, o sea, las Políticas Sociales tienen la finalidad de repartir recursos escasos y sus costos son socializados a través de la tributación”.

De esta manera se está abordando una sola parte del problema, el aspecto económico-redistributivo es exaltado y se coloca sobre otras dimensiones como ser la política y la política económica.

“Olvidan estos autores que las Políticas Sociales son un producto concreto del desarrollo capitalista, de sus contradicciones, de la acumulación creciente del capital y por tanto un producto histórico y no fruto de un desarrollo “natural”. (Pastorini, 2000: 213)

En contrario a lo anterior, y criticando a la teoría tradicional, la perspectiva marxista piensa a las Políticas Sociales como concesión (del Estado y del capital) y como conquista (de las clases trabajadoras).

Esta perspectiva incorpora dos elementos importantes a la concepción tradicional de las Políticas Sociales, primero involucra tres sujetos protagónicos, que son: las clases hegemónicas, el Estado intermediador y las clases trabajadoras, estos tres se encuentran involucradas conflictivamente y en tensión. Por otra parte los autores de esta corriente consideran aspectos políticos y políticos- económicos de las Políticas Sociales.

De esta manera comprendidas las Políticas Sociales tienen como meta las secuelas de la "cuestión social", es decir el conjunto de problemáticas sociales políticas y económicas que se producen con el surgimiento de la clase obrera dentro de una sociedad capitalista; su objetivo, ya no es la mera corrección de los efectos negativos del desarrollo del capitalismo sino el de asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del mismo, así como también garantizar la concentración y centralización del capital.

De esta forma, poniendo énfasis en los aspectos políticos, las Políticas Sociales son entendidas como mecanismos de legitimación del Estado capitalista y de ese modo contribuyen para la legitimación del orden social vigente.

Es en esta óptica que se relaciona la génesis de las Políticas Sociales tanto a un aspecto legitimador del orden como a la regulación y control de los conflictos sociales por parte del Estado.

Así, Wanderley Guilherme dos Santos, según el análisis que hace de él, el autor Werneck Vianna (apud Montaña, 1998: 64-66), plantea que:

“el surgimiento de la Política Social (está relacionado) a la necesidad de regulación estatal de los conflictos generado por la forma industrial de producción y acumulación capitalista”.

También Aldaiza Sposati (apud Montaña: 1998) exalta la función política de las Políticas Sociales, sin dejar de reconocer la función económica, pone mayor énfasis en aquellos elementos que hacen referencia a la dominación social, a la legitimación del orden social establecido y a la fragmentación de los sectores subalternos.

Este abordaje denota un avance en el análisis de las Políticas Sociales, ya que añade la perspectiva de totalidad y se incorpora a estas investigaciones la centralidad y relevancia de la lucha de clases. Partiendo desde esta perspectiva se entiende un error entender a las Políticas Sociales solamente como aquellas acciones que tienden a disminuir las desigualdades sociales.

Avanzando un poco más en esta línea, José Paulo Netto (apud Pastorini, 2000) plantea la necesidad de pensar las Políticas Sociales desde una óptica económica y política, es decir ni meramente económica ni exclusivamente política, sino como producto de la articulación de ambos aspectos. Solo se puede analizar la Política Social desde una visión de totalidad teniendo en consideración para su estudio los elementos económicos, sociales y políticos, con esto se refiere a las funciones que las mismas cumplen en el Estado capitalista.

### **Las transformaciones en el Estado y en las Políticas Sociales**

Previo a centrarme en las características de las Políticas Sociales de los '90 considero necesario hacer breve referencia a las reformas del Estado, a los cambios de concepción que se produjeron en relación al mismo, ya que es prácticamente imposible entender el cambio producido en las Políticas Sociales sin tener presente lo que ocurrió en el Estado.

Cuando se produce el agotamiento del modelo de bienestar comienzan las críticas en relación a sus ventajas en las áreas socioeconómicas. La necesidad imperiosa de instrumentar la reforma socioeconómica con el fin de superar la crisis de los años '80 se basó fundamentalmente en argumentos negativos sobre el papel del Estado; este pasó de ser considerado un agente dinámico, promotor del desarrollo, a verse como una traba para el crecimiento económico y social. (Midaglia, 2000).

Siguiendo los planteos de Moreira y Delbono (2010), vemos como una vez recuperada la democracia (a partir de 1985), el Estado se abocó a buscar la estabilización macroeconómica, la apertura de los mercados, la liberalización financiera y la privatización de las empresas y servicios públicos entre otros.

En el primer gobierno de Sanguinetti se da la consolidación institucional, el mantenimiento de la estabilidad democrática y la recuperación de los niveles mínimos de bienestar. Es más adelante en el tiempo, en la administración de Lacalle y en la segunda presidencia de Sanguinetti, donde se produjeron las mayores transformaciones: entre ellas las privatizaciones en sus diferentes versiones.

El índice de pobreza fue el indicador más utilizado para señalar el fracaso del modelo de bienestar, las recomendaciones estuvieron dirigidas a redefinir el papel del Estado, -tal cual lo mencioné anteriormente-, las indicaciones fueron hacia una privatización de los servicios sociales y/o un traspaso a la sociedad de las prestaciones dirigidas a poblaciones vulnerables (Midaglia, 2000).

Así, al Estado retirarse de su rol de encargado de las prestaciones sociales, comienza a cobrar fuerza e importancia la sociedad civil “naturalmente” solidaria. En este marco las asociaciones civiles adquieren un valor y reconocimiento antes inexistente, al encargarse de la provisión de bienes sociales en particular los dirigidos a poblaciones pobres y excluidas que carecen de posibilidades de satisfacer sus necesidades vía el mercado.

“Las organizaciones filantrópicas pasarían a convertirse no sólo en interlocutores válidos de la esfera pública, sino también en defensoras o intermediarias de las necesidades de los sectores carenciados. De esta manera la responsabilidad social se distribuiría en la sociedad, promoviendo la participación de nuevos actores en la definición e instrumentación de políticas sociales específicas” (Midaglia, 2000: 21).

De esta forma se resolvió que el Estado tendría a su cargo la función estratégica de regular un mercado dinámico y globalizado.

Frente a la crisis anteriormente mencionada del modelo de bienestar surge una alternativa aparentemente sustitutiva de protección, el llamado Estado Liberal Social.

Al respecto se debe tener claro que pasamos de un modelo de bienestar caracterizado por: la expansión de la seguridad social y los derechos sociales como derechos de los ciudadanos, la defensa del bien general y la intervención del aparato estatal en las diferentes áreas vitales para una sociedad, como lo es la economía; a un Estado neoliberal centrado en el mercado (el cual sería el encargado de garantizar aquel bien general) en donde el Estado queda reducido en sus funciones, a partir de la base de que su intervención es perjudicial para la “salud” de la sociedad neoliberal.

Si bien, como lo planteamos anteriormente, a partir de los años '80 comienza a existir un consenso en la sociedad acerca de la necesidad de reformar el Estado debido a la crisis económica, política y social que tenía lugar en los diferentes países latinoamericanos; dicho consenso, tal cual lo plantea Conrado Ramos (1993) se limita al diagnóstico de la situación, existiendo diferencias fundamentales en las causas (explicaciones) y por ende en las soluciones propuestas para hacer frente a la crisis. Sin tener presente estas diferencias se inicia un proceso de reforma que, más allá de su discurso de mejorar la competitividad y cumplir con las prioridades del país (en este caso Uruguay), tenía como único objetivo “achicar” el Estado el cual debería dejar de ocuparse de determinados asuntos reduciendo así sus gastos.

### **Un nuevo modelo de Políticas Sociales**

Es precisamente en el proceso de reforma de Estado de los '80 y los '90 antes analizado, en donde se enmarcan los principales cambios producidos en las Políticas Sociales. Según Pastorini (2000) se produce un cambio en la funcionalidad de las mismas.

En lo que respecta a la función social, las Políticas Sociales tienen una clara función de generar una cierta redistribución de parte de los recursos sociales. Por un lado prestan servicios sociales y asistenciales para la población, a la vez, otorgan un complemento o sustituto salarial a través del traspaso de dinero a las poblaciones carentes. Sin embargo, no

podemos perder de vista que esta función enmascara y encubre las funciones esenciales que las Políticas Sociales desempeñan, como ya se señaló al comienzo de este capítulo.

Desde el enfoque teórico metodológico elegido para la elaboración de este trabajo, la función social sería la realidad visible, fenoménica, aparente de las Políticas Sociales. Es decir, es necesario desnaturalizarla, correr el velo, realizar el rodeo que plantea Kosik (1969) para llegar a la esencia misma de las Políticas Sociales. Esto no significa que desconocemos la importancia que esta función (la social) tiene para la población destinataria de tales servicios.

Así, las Políticas Sociales en los '90, en relación a la función social presentan modificaciones fundamentales, estas se deben a la reducción de recursos públicos destinados para solucionar "problemas sociales" debido al ajuste fiscal "recomendado" por los organismos internacionales de crédito; tal y como lo mencionamos anteriormente cuando hicimos referencia a la reforma del Estado al retorno de la democracia.

Esta reducción incide sobre los sectores de menor renta, ya que son estos los principales destinatarios de los servicios ofrecidos por las Políticas Sociales.

Considerando la función política que tienen las Políticas Sociales las mismas deben ser pensadas entre un contexto de luchas entre clases contradictorias y opuestas, es decir que no pueden ser vistas como meras concesiones de las clases dominantes para los subalternos, ni como fruto exclusivo de las presiones y reivindicaciones de los sectores populares.

Pensando al Estado desde una "concepción ampliada", este se convierte en un espacio de disputas de intereses entre clases, siendo muy útil y propicio tener en cuenta el binomio conceción-conquista referido a este tema. Así, mientras el primer concepto se refiere al hecho de dar, donar u otorgar algo por voluntad; el segundo implica tomar alguna cosa por la fuerza no necesariamente física o bélica pero si intelectual, política, económica, cultural, moral. Esta "dupla" refiere a una relación entre quien concede (Estado, clases dominantes) y quien conquista (clases subalternas) (Pastorini, 2000).

Al analizar las Políticas Sociales, lo que plantea la postura marxista es que por más que el Estado concede y las clases subalternas conquistan, esa es una verdad relativa si no se piensa conjuntamente ese proceso a la inversa. En todas y cada una de las Políticas Sociales existen aspectos de conquista tanto de los subalternos como también del Estado y las clases hegemónicas; pero por otro lado y al mismo tiempo que el Estado y las clases dominantes conceden, los sectores subalternos también lo hacen. Esto se identifica como un proceso conflictivo atravesado por la lucha de clases donde todos los grupos insertos obtienen ganancias y pérdidas, al mismo tiempo que luchan y presionan, conquistan y conceden alguna cosa, a los demás sujetos involucrados.

Haciendo referencia al cambio producido en la funcionalidad de las Políticas Sociales en los años '90, en lo que refiere a la función política, vemos como el mercado fue ganando espacios a la democracia. El orden internacional es estructurado por agencias y fuerzas sobre las cuales el ciudadano tiene un control mínimo. Por tanto, con el neoliberalismo la centralidad se desplazó al mercado, ámbito principal de legitimación.

Por último, en lo que hace a su función económica, las Políticas Sociales del Estado capitalista contribuyen a contrarrestar el sub-consumo, al abaratamiento de la fuerza de trabajo, y al aumento de la acumulación ampliada del capital. Esta función se viabiliza por medio de la transferencia directa o indirecta de bienes, dinero, bonos, etc., del Estado a los sectores más carenciados, o a través de la prestación de servicios sociales.

Con el cambio en la modalidad de las Políticas Sociales, las mismas son direccionadas a grupos específicos. Tal como lo analizaré más adelante, entre las características fundamentales de las Políticas Sociales de los '90, nos encontramos con la focalización y la descentralización. Si pensamos los criterios orientadores de las mismas, vemos por un lado el carácter emergencial, y por el otro, la cooperación entre el sector público y privado, estimulando así algunas modalidades de participación social.

Realizando una comparación entre la Política Social "universal" y la Política Social de los '90 vemos que mientras la Política Social "universal" (la del modelo de sustitución de importaciones, la del Estado de bienestar) consistía en los programas que realizaba el

Estado, el que financiaba, diseñaba, implementaba y evaluaba (es decir todas las funciones estaban unificadas en un mismo sujeto); el paradigma emergente afirma que el Estado ya no hará las mismas cosas que en el pasado ni de la misma manera. Será responsable parcialmente del financiamiento, ejercerá actividades de promoción, tendrá que asumir también funciones de ejecución de los programas pero en reemplazo o colaborando, con otros actores sociales llamados en primer lugar al cumplimiento de estas tareas (esto último está íntimamente relacionado con algo planteado anteriormente, que es la actual centralidad e importancia de la sociedad civil o tercer sector en las Políticas Sociales).

Por otro lado, pero continuando con la comparación de la Política Social, podemos darnos cuenta cómo se pasó de políticas sectoriales, lo que implicaba la existencia de diferentes políticas separadas entre sí para cada una de las grandes áreas de la sociedad (vivienda, salud, etc.) a políticas de carácter integral por las cuales los diferentes sectores (educación, vivienda, salud, etc.) convergen en una misma política.

Otra diferencia fundamental es la población beneficiaria: mientras que en los Estados de bienestar los sujetos de las políticas eran los trabajadores, lo que fomentara la consolidación de la clase media y garantizara el pleno empleo, en el Estado neoliberal ya no son el conjunto de trabajadores como colectivo los destinatarios sino el sujeto individual. "pobre", que no tiene un lugar en el mercado laboral y que al recibir esa política de carácter asistencialista (mucho más dirigida a controlar el orden que a consumir un derecho) es estigmatizado.

Tal como lo mencioné anteriormente las dos características fundamentales de la Política Social de los '90, que ponen en evidencia que asistimos (tal cual lo plantea Corraggio, 1994) a una simplificación y reducción de la misma, son la focalización (como contrapartida del universalismo del Estado de Bienestar) y la descentralización (como contracara de la antigua centralización).

Con respecto a la primer característica planteada, vemos como se pasa de una política de carácter universalista donde todo ciudadano por el hecho de ser tal tenía derecho a servicios básicos según sus necesidades (aportando según sus ingresos), a una política

focalizada donde todo el que pueda debe pagar por los bienes y servicios que necesita y aquel que se encuentre (y lo compruebe) en situación de pobreza extrema será "acreedor" de políticas básicas de asistencia. Es decir al alterarse la función social (imbricada con la política y económica) de las Políticas Sociales produciéndose la reducción de los recursos públicos para solucionar problemas sociales (programas de ajuste fiscal "recomendados" por organismos internacionales como el BM y el FMI) las mismas tendrían como principales destinatarios de los servicios ofrecidos, a los sectores sociales de menor renta; quedando por fuera otros sectores contenidos en los Estado de Bienestar como lo eran los trabajadores y, peor aún, descuidando a los sectores de la población extremadamente pobres: sectores con poca o ninguna importancia desde el punto de vista económico (y político) para el capital.

Me parece fundamental plantear que si bien no necesariamente una política focalizada debe ser negativa (mala) y que existen argumentos en su defensa como los sostenidos por Franco (1996) (permitiría mejorar el diseño de los programas, aumentar la eficiencia en el uso de los recursos escasos, elevar el impacto producido por el programa, reducir costos, etc.) se podrían dar (y de hecho se producen) lo que Filgueira (1998) llama aspectos perversos de la focalización. El primero de ellos es el tema del estigma, yo accedo a los servicios si soy y continuamente compruebo que soy pobre, esto desincentiva a usar los beneficios o a superar la situación de pobreza comprobable.

Por otro lado al focalizar en sectores pobres se está tratando con personas que tienen pocas (o nulas) condiciones de reclamo para acceder a un servicio mejor (pocos tienen capital político). Esto se ve reforzado en la medida en que los programas sociales no se instalan en una lógica de derecho sino de beneficencia, lo que fomenta el rol disciplinante de los mismos y provoca el continuo ajuste (por parte de los usuarios) a los requisitos impuestos para acceder a los servicios.

Toda esta situación de focalización tiende a instalar que, para poder acceder a los servicios, debo estar en muy malas condiciones quedando por fuera una parte de la población que sin estar en la pobreza extrema igualmente está en una situación crítica y necesitaría de dichos programas (Baraibar, 2003)

Con respecto a la descentralización (dentro del Estado y hacia los niveles locales, pero también a través de procesos de tercerización a asociaciones sin fines de lucro -ONGs-) si bien se plantean aspectos favorables como el hecho de que puede generar un mayor consenso social derivado de la participación de la ciudadanía y un control de las burocracias, también hay argumentos contrarios a la misma.

En esta línea algunos autores sostienen que la autonomía local en la prestación de servicios sociales provocaría una inaceptable variación en los estándares de provisión de los mismos entre diferentes zonas creándose así centros de poder. Además se plantea la posibilidad de reclientelización en la medida que la sociedad civil no esté organizada y no sea capaz de controlar esa situación. Por otro lado existe la posibilidad de que se descentralice beneficiando algunas zonas y perjudicando a otras (esto se produce donde hay descentralización financiera, no es el caso de Montevideo) es decir es posible pulverizar a un país o a un departamento en partes desiguales reforzando las ventajas de los más beneficiados y los problemas de los más pobres (Midaglia, 2000).

Finalmente, con la descentralización se puede producir una indisciplina fiscal en la medida en que las diferentes comunas o municipios tengan la posibilidad de gastar sin controles centrales.

A partir de lo que he leído y analizado, considero (siguiendo a Max Neef, 1993) que se desarrollaron "tratamientos" para combatir patologías individuales o de pequeños grupos pero nos vemos enfrentados a problemas más complejos que exigen un nuevo modo de interpretar la realidad ya que no tiene sentido "sanar" a un individuo para luego devolverlo a un ambiente enfermo. Uno de esos problemas más complejos a los que recién hice referencia es la exclusión, este concepto relativamente nuevo con múltiples contenidos; básicamente hace referencia a la "marginación" de un número creciente de personas de las principales relaciones, instituciones y dinámicas sociales quedando por fuera del acceso a recursos socialmente valorados.

Si tenemos en cuenta que este fenómeno abarca, en su complejidad, diversas dimensiones debemos asumir que para combatirlo necesitamos Políticas Sociales universales que

pongan el tema de la desigualdad a nivel de la sociedad en su conjunto; y si a esto le agregamos lo que señala el código de ética de los Trabajadores Sociales (2001) acerca de “la defensa del carácter público, universal e integral de las Políticas Sociales y programas sociales como generadores y/o viabilizadores de derechos” creo que se vuelve vital el hecho de abandonar la noción de que el contexto global (en particular la economía) es algo natural inmodificable y generar propuestas de cambio que tengan como objetivo fundamental promover un desarrollo a escala humana.

En la segunda parte de los '90 se comienza a visualizar el agotamiento del modelo neoliberal, tal como lo señala el PNUD (1999)

“el crecimiento económico comienza a desvincularse progresivamente de la reducción de la pobreza, el producto bruto interno se incrementa mientras que los ingresos de los hogares cayeron sosteniblemente”.

De la mano de este proceso, las propuestas de cuño neoliberal se suavizan o amortiguan.

Ya en 2005 y pensando en los cambios que se produjeron en el Estado con la asunción del primer gobierno de izquierda, vemos como, frente al escenario mencionado anteriormente, el tema prioritario fue buscar nuevos parámetros públicos que favorecieran la integración social.

El Frente Amplio llega al gobierno con el imperativo de la búsqueda de la justicia social y el combate de la pobreza; iniciándose una nueva etapa de reformas, de diferente orientación, distinta a la vivida anteriormente en la etapa pro-mercado y de reducción de las funciones del Estado.

Dichas reformas tenían como sostén dos principios rectores que son la justicia social y la participación democrática, por un lado mejorar la situación de los más desfavorecidos y lograr mayor equidad social y por otro lado que los involucrados fueran consultados y formaran parte del proceso de toma de decisiones. Por todo ello se llevó adelante la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el P.A.N.E.S (Plan de atención

nacional a la emergencia social), la reforma tributaria y, como ahondaré más adelante, la reforma de salud con la instalación de un Sistema Nacional. Por otro lado, se reinstaló la negociación tripartita entre trabajadores, empresarios y el Estado (Midaglia y Antia, 2007).

Con todo lo que he venido desarrollando no pretendo decir que el modelo de Políticas Sociales del Estado de bienestar era el ideal (ni mucho menos) sino que busco sugerir que el modelo que surgió a posteriori, tendió a profundizar las desigualdades sociales perjudicando no solo a los que menos tienen, sino a todos los que viven de su trabajo.

A su vez no podemos afirmar que actualmente estamos frente a otro modelo de Políticas Sociales al que surgió “como respuesta” al del Estado de Bienestar, pero sí que, más allá de las transformaciones y continuidades, como analizaré más adelante, en algunas áreas como la Salud (al menos desde lo teórico, desde el discurso) se empieza a pretender “recuperar” la universalidad de las mismas. Esto no implica desconocer que, como lo plantea Moreira y Delbono (2010:111)

...“cualquier Política Social, por muy progresiva que sea, encontrará eventualmente sus límites si el patrón de acumulación es el capitalista donde se entraña la generación permanente de desigualdades”.

## **CAPITULO II: Concepciones de Salud y Niveles de atención.**

Luego de haber abordado en el primer capítulo la conceptualización de las Políticas Sociales y algunos trazos de su procesualidad histórica, se destinará este segundo capítulo al concepto de Salud y de sus diversos componentes.

### **Las transformaciones en el concepto de Salud**

Todos sabemos lo que representa la enfermedad por haberla experimentado en algún momento de nuestra vida, sin embargo el problema está cuando pretendemos definir Salud. Dicho concepto no es uniforme para toda la humanidad ni en todas las épocas, se construye en cada cultura y momento histórico.

Durante mucho tiempo, algunos autores (Salleras Sanmartí, 1990), han definido a la Salud en términos negativos como la ausencia de enfermedad. Se le daba mayor prioridad a la enfermedad que a la Salud, más valor a la investigación de causas y factores que mejoran los niveles de Salud, en vez que a prevenir y educar. Esto puede fundamentarse en el hecho de que aquello que funciona bien y no genera problemas no produce preocupación y en cambio cuando se desarrolla alguna situación que desencadena afecciones comienzan sí, los temores y preocupaciones. Por eso se dice comúnmente que el valor de la Salud se aprecia realmente cuando aparece la enfermedad, mientras no se manifiesta no se implementan acciones para cuidar y mejorarla.

Al término de la segunda guerra mundial, cuando se crea la ONU y la OMS y se incorpora el reconocimiento expreso del derecho a la Salud, un conjunto de expertos definen a la Salud en la Carta Magna (1946) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición, tan innovadora para la época, constituyó un adelanto muy importante en la concepción de Salud, pues por primera vez se habla en términos positivos e incorpora el área social y mental. Se establece una concepción que hasta nuestros días tiene vigencia pero que a pesar de ello ha sido muy cuestionada y criticada por equiparar bienestar a Salud, lo cual

no es siempre lo mismo. Además constituye una concepción estática y subjetiva que trata más sobre un deseo y utopía, que de una realidad (Salleras Sanmartí, 1990)

Terris (apud Salleras Sanmartí, 1990: 16) manifiesta que se debería eliminar la palabra “completo” porque no se puede hablar en términos absolutos de Salud o enfermedad. Así, a partir de una concepción de Salud basada en dos aspectos, uno objetivo (la capacidad de funcionar bien) y otro subjetivo (el bienestar) propone una definición, entender a la Salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este concepto es más operativo pero tiene la dificultad de que es posible la presencia conjunta de un estado de Salud (bienestar y capacidad de funcionamiento) y ciertas afecciones o enfermedades que no producen síntomas ni limitan la capacidad de funcionamiento.

El concepto dinámico de Salud es el que se considera más apropiado, es aquel que plantea que la Salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el óptimo de Salud por un lado (según lo que plantea la OMS) y la muerte por el otro. En este continuo existe una zona neutra que significa que la separación de la Salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces no podemos diferenciar lo normal de lo patológico.

A la muerte se llega por imperativos biológicos, mientras que el estado óptimo de Salud es muy raro que se alcance. Dentro de la zona neutra existen diferentes grados de pérdida de Salud (enfermedad) y de Salud positiva.

Considerando todo lo planteado podríamos definir a la Salud desde un 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 vive inmerso el individuo y la colectividad” (Salleras Sanmartí, 1990:17).

Otros autores como Lores Arnaiz (1986) plantean la existencia de un paradigma denominado tecnocrático, el cual entiende que la Salud abarca un plano físico y otro

mental. Aquí la Salud es poseída o no por el individuo y no por la familia o la comunidad. Las instituciones técnicas son las encargadas de restaurarla, haciendo hincapié en los aspectos tecnológicos y científicos.

Como contrapartida se presenta el paradigma alternativo que concibe al individuo como una realidad biopsíquica inserto en una sociedad y medio ambiente. Con un enfoque totalizador se apunta a la prevención y el abordaje de las enfermedades declaradas por medios a la vez técnicos, químicos y humanos.

Por otra parte, en nuestra Constitución (1967), el Art. 44 establece que

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

Con respecto a las determinantes o condicionantes de Salud, Lalonde (apud Salleras Sanmartí, 1990) establece que el nivel de Salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables, la biología humana que refiere a la genética, el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y cultural), el estilo de vida que son las conductas de Salud y por último el Sistema de Asistencia Sanitaria.

Por todo lo señalado se puede afirmar que el concepto de Salud en la actualidad, en Uruguay y el mundo hace referencia a una Salud positiva, promoviendo el cuidado y la prevención más que la curación, promoviendo la interrelación de los sujetos con su ambiente. Esta concepción se ve reflejada en el pasaje de un modelo de Salud biologicista a un modelo integral. Dichos cambios también comprenden, el surgimiento de un movimiento a favor de la atención primaria de salud lo que representa la resignificación del primer nivel de atención y la reasignación de recursos humanos hacia los servicios de salud así como el establecimiento de las condiciones y promoción de la constitución de equipos interdisciplinarios.



037431

Como antecedente internacional de esto, el 12 de setiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakhstan), se reunieron los representantes de 134 naciones con el fin de que todos los gobiernos, los agentes de Salud y de desarrollo, y la comunidad mundial adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la Salud de todos los ciudadanos del mundo. (Declaración de Alma Ata: 1978).

La declaración de Alma Ata fue firmada por la OMS y UNICEF, esta retoma la definición de la OMS y consagra a la Salud como un derecho humano fundamental y compromete a los estados firmantes a realizar acciones tendientes a crear las condiciones que garanticen el ejercicio efectivo del mismo para todos los habitantes en igualdad de oportunidades. En consecuencia establece en el artículo cinco que es obligación de los gobiernos cuidar la Salud de sus pueblos.

La Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar esa meta. La Atención Primaria de Salud es:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia”. (Declaración de Alma Ata, 1978: 3 y 4)

### **Niveles de Atención en la Salud**

Podemos definir como nivel de atención al conjunto de establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de Salud de diferente magnitud y severidad.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. (www.scribd.com.) El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales. El tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

Generalmente se acepta que el segundo y tercer nivel deben complementar al primero, en el sentido de que deben hacer lo que el primer nivel no puede hacer por razones de eficacia y eficiencia, entre ellos, los diagnósticos y tratamientos especializados (aunque la tecnicidad de los niveles puede variar entre países).

Para el primer nivel de atención, la tecnicidad es un factor importante pero no preponderante. Aquí, el elemento esencial es la buena organización de los servicios, y solamente se debe prever la tecnología necesaria para poder cumplir las tres funciones esenciales del primer nivel, que son: ser el punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema y por último, asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente.

La función de punto de entrada es esencial para la eficiencia del sistema, ya que entre otros aspectos, disminuye la (sobre) demanda en los otros niveles.

Para ser funcional, el primer nivel también necesita tener la competencia suficiente y la tecnicidad adecuada para poder resolver gran parte de los problemas de Salud comunes. Si no, arriesga de limitar su función a una ventanilla de entrada innecesaria e inútil hacia los otros niveles, lo cual solamente retrasaría los procesos y las soluciones.

La facilitación y coordinación es la segunda función clave del primer nivel. Consiste en elaborar y negociar el itinerario en el sistema con el mismo paciente y con los otros

profesionales de la Salud con especialización diferente. Además, incluye asistir al paciente en este itinerario, asegurando su comprensión y adhesión a los exámenes y tratamientos propuestos, y garantizar una referencia y contrarreferencia adecuada. Así se asegura la continuidad de la atención durante un episodio de enfermedad determinada.

Finalmente, la tercera función de integración y síntesis asegura la eficacia. Sólo un médico de familia puede cumplir con ella, porque es el profesional que está suficientemente cerca del paciente (su paciente), de su entorno familiar, y del ecosistema directo donde vive. La tecnología esencial para lograr ésta integración es el expediente personal y familiar sistemático y de calidad. Con la integración y síntesis se asegura la continuidad (también a largo plazo) y una atención integral.

Estas tres funciones del primer nivel mencionadas son importantes para una atención de Salud eficiente, eficaz y de calidad a todas las edades. Pero son particularmente estratégicas para el desarrollo de una respuesta adecuada al problema del envejecimiento de la población, que es actualmente una prioridad y un desafío para la Salud pública en muchos países. El seguimiento de las enfermedades crónicas y el apoyo médico-social adecuado en función del ambiente social y familiar del paciente hace imprescindible la existencia de un médico que conozca a su paciente, que pueda acompañarlo en el manejo integral de su Salud y que asegure la continuidad de atención a largo plazo, incluso en la última fase de la vida.

El segundo nivel de atención se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico de la Salud los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

El tercer nivel de atención se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí trabajan especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones

especializadas. Refiere a los hospitales de mayor complejidad, donde se realiza más énfasis en investigación y docencia.

### **En nuestro país...**

El primer nivel de atención ofrece los servicios básicos de Salud, cuyos proveedores serán los que conformen el Equipo Básico de Atención Integral. Estos servicios pueden ser a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puesto de Salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo.

El segundo nivel de atención brinda apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero, adicionalmente de algunas sub especialidades como neonatología, otorrinología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneo para realizar cirugía mayor poco compleja.

El tercer nivel de atención provee servicios ambulatorios y de internación en todas las demás subespecialidades, como son la gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisioterapia; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieran de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales, generales y especializados.

Uruguay cuenta con un Sistema de Salud mixto, en donde se combina el ámbito público con el privado.

Con respecto al sector público, las instituciones que están incluidas en este sector son: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Banco de Previsión Social (BPS), la Universidad de la República, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial); Intendencias y el Banco de Seguros del Estado.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable de evaluar, normalizar y fiscalizar la atención a la Salud en el todo el país. Fue creado en 1934 a través de la ley orgánica de Salud Pública donde se establecieron sus cometidos en relación a la higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas. Su principal fuente de financiamiento proviene del presupuesto nacional quinquenal. La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), creada en 1978, es la encargada de ejercer “la administración de los establecimientos de atención médica del MSP” (Art. 267). Este aspecto permite separar lo administrativo de lo asistencial del MSP.

El Banco de Previsión Social, es un ente autónomo del Estado incluido en la Constitución de la República. Su función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social. Actúa como intermediario ya que recibe el aporte de los trabajadores y de los empleadores contratando los servicios de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) <sup>1</sup>. También es prestador directo de algunos servicios de Salud como lo son la atención al embarazo y a la infancia. El Banco de Previsión Social como prestador directo de servicio de Salud cubre la atención del embarazo y parto de los hijos de los trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad, asistencia odontológica y ortodoncia y asistencia social hasta los 9 años y atención sin límite de edad para aquellos con mala formación congénitas. (Abracinskas y López, 2004).

La Universidad de la República a través del Hospital Universitario, Dr. Manuel Quintela (Clínicas) brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Las funciones son la docencia, investigación y la prestación de servicios de Salud.

---

<sup>1</sup> Las IAMC son un tipo de organización de la sociedad civil que surgen en comunidades de inmigrantes como instituciones de tipo asistencial con un alto sentido solidario.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial atienden al personal (en actividad, en retiro, pensionistas y familiares) del Ministerio de Defensa e Interior.

Las Intendencias brindan atención ambulatoria de primer nivel de complejidad a la población en general. Actúa como policía sanitaria sin perjudicar las funciones del MSP. La Intendencia de Montevideo desarrolló una red de mayor cobertura, ya que cuenta con 18 policlínicas, policlínicas móviles y convenios con Centros de Salud Comunitaria. (Abracinskas y López, 2004).

El Banco de Seguros del Estado cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo del sector privado.

En lo que al sistema privado se refiere, éste está constituido por diversos tipos de instituciones prestadoras de servicios de Salud las cuales pueden agruparse en: Instituciones de asistencia médica particular (seguros parciales de Salud) constituido por empresas con fines de lucro que brindan en general una atención específica (por ejemplo: de emergencia, odontológica, policlínica, etc.). En segundo lugar los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) las cuales realizan sus actividades a través del pago del Fondo Nacional de Recursos. En tercer lugar los Sanatorios, Clínicas, consultorios privados y las residencias y hogares de ancianos y por último las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de prepago, ofrecen para sus afiliados una cobertura integral.

Estas instituciones pueden ser de tres formas jurídicas diferentes de acuerdo a la ley 15181 (agosto de 1981): a) Asociaciones Asistenciales (Mutualistas) basadas en principios solidarios que mediante seguros mutuos otorga a sus asociados asistencia médica; b) Cooperativas de profesionales, que proporcionan asistencia a sus afiliados y socios y en las que el capital es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa; c) Servicios de asistencia creados y financiados por empresas privadas para la atención de sus funcionarios y familiares.

Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas y del Ministerio de Trabajo, ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales. Las IAMC se relacionan con el subsector público sobre todo a través de la compra y venta de servicios. En los últimos tiempos el modelo de atención predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC aunque hubo una tendencia a la aparición de instituciones de asistencia médica particular (seguros de salud comerciales como Sumum y Medicina Personalizada, entre otros) (Bentura, 2006).

### **CAPITULO III: Principales características de la Política Social de Salud actual comparándola con la Política Social de los 90'.**

En el año 2005 la coalición de izquierda llega al gobierno y se reaviva la discusión sobre la necesidad de cambios, debido a que gran parte de la población uruguaya se encontraba en condiciones de extrema vulnerabilidad social, presentando una profundización en los niveles de necesidades básicas insatisfechas.

#### **Política Social de Salud de los años 90**

Hasta los años '90 la Estructura Sanitaria se basaba en aspectos de la medicina individual y asistencialista, dejaba afuera lo preventivo y promotor que tampoco se consideraba para la formación de profesionales. Por lo tanto, la cultura sanitaria no se ocupaba de las enfermedades predominantes que eran las crónicas, las cuales requerían un trabajo orientado hacia modificar el estilo de vida y la presencia de un médico de familia que hiciera un seguimiento a lo largo del tiempo y no intervenciones urgentes y de carácter puntual. (Bentura, 2006).

Antes de iniciarse el proceso de reformas en el Sistema de Salud, la Asistencia Pública vivía una crisis que cuestionaba la viabilidad del modelo: por un lado individuos que no pueden pagar tickets u órdenes ya que el acceso a la Salud es desigual (depende de la capacidad económica de cada sujeto) y por otro los trabajadores del sector que no cobran su sueldo.

Es en este contexto que en el año 2005 se desarrolla el Plan de Atención Nacional de Emergencia Social (P.A.N.E.S), creado para atender el impacto social de la crisis financiera uruguaya. Consistió en un conjunto de políticas sociales dirigidas a hogares de muy bajos ingresos y constituyó uno de los únicos ejemplos a nivel mundial de un plan de asistencia social que incorpora desde su diseño un programa de rutas de salida de la pobreza por medio de capacitación, educación y experiencias de participación social, laboral y económica. (Paz Jorge, 2010). Presenta como objetivos primordiales (desde lo discursivo)

generar las condiciones y estructura de oportunidades para el más pleno ejercicio de los derechos sociales, garantizar la cobertura de las Necesidades Básicas de los sectores sociales más vulnerables y frenar el riesgo de empobrecimiento agudo. (Ministerio de Desarrollo Social, 2005-2007).

Una vez finalizado el P.A.N.E.S. se lleva adelante el Plan de Equidad que abarca al conjunto de la población, sus lineamientos apuntan a reconfigurar el sistema de protección social en el marco del proceso de reformas sociales en curso.

“El propósito del Plan es fortalecer todos los dispositivos públicos existentes, introducir transformaciones sustantivas en la organización de las estructuras e instrumentos de protección social y mejorar sensiblemente la provisión y regulación de servicios sociales apuntando así a promover parámetros políticamente aceptables de integración y justicia social con la finalidad última de asegurar el bienestar de los uruguayos y las uruguayas.” (Presidencia de la Republica, 2005).

Estos dos planes que se suceden en el tiempo, están combinados con el Programa de Emergencia Sanitaria para de esta manera fortalecer el primer nivel de atención, conformando un verdadero sistema de atención en este nivel, revalorizándolo.

### **Política Social de Salud actual**

El gobierno uruguayo ha impuesto un nuevo sistema llamado “Sistema Nacional Integrado de Salud”<sup>2</sup>, orientado por principios de equidad, calidad y descentralización: el principal objetivo de éste es asegurar el acceso universal a los servicios de Salud (Midaglia y Antia, 2007).

La reforma de Salud propuso un cambio profundo en la estructura del Estado y en su relación con el mercado y la sociedad civil. Este cambio se representa en dos dimensiones: en la provisión de servicios y en la estructura de producción de bienestar. Se pretende un sistema que articule de manera armónica a los dos pilares fundamentales que son la red de

---

<sup>2</sup> Ley N° 18.211, aprobada el 05 de diciembre del 2007.

prestadores públicos y el sistema de prestadores privados sociales. (Mancebo y Narbono, 2010)

Se debe dejar en claro que no se podría comprender la reforma de salud sin considerar su interacción estratégica con otras reformas gubernamentales.

“La reforma de Salud es una reforma de magnitud en el Estado, que implica una reconfiguración de la estructura y de los roles que el Estado desempeña en su relación con la sociedad y el mercado” (Mancebo y Narbono, 2010: 204)

El hecho más relevante que inicia el proceso de reforma del sector fue la separación de los servicios de Salud del MSP en una administración aparte, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)<sup>3</sup>; iniciándose un proceso de traspaso a terceros, de las funciones consideradas no sustantivas y la redistribución de responsabilidades y de recursos a través de un modelo de gestión descentralizada de los servicios de Salud. (Bentura, 2006).

Siguiendo al documento elaborado por Presidencia de la República (2005) se puede afirmar que los pilares básicos de la reforma son tres, primero el cambio en el modelo de gestión, el cual supone reafirmar el papel rector del MSP y la articulación entre los dos sectores, público y privado, buscando un sistema donde ambos se complementen brindando atención integral a toda la población.

En segundo lugar, un cambio en el modo de financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad por medio de la creación de un Seguro Nacional de Salud responsable de financiar el Sistema Integrado de Salud.

Los derechos del usuario serán entre otros: tener la información asistencial y económica financiera de resultados, de las instituciones prestadoras de Salud, de modo de realizar una libre elección entre ellas.

---

<sup>3</sup> Ley N° 18.161, aprobada el 29 de junio del 2007.

Desde el punto de vista de la implementación del Seguro Nacional de Salud (SNS) se define la creación de un Fondo Nacional de Salud (FNS)<sup>4</sup>. Dicho FNS recibe y administra los recursos que se destinan al pago de los prestadores integrales para dar cobertura del Plan Integral de Prestaciones (PIP).

Por un lado aportan al FNS, de manera obligatoria, todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no imponible y a partir de dicho valor tasas progresivas, es decir crecientes según el tamaño de la familia y el nivel de los ingresos. En el caso de los hijos menores de 18 años, estos se inscriben a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al Fondo. El gobierno nacional aporta al FNS a través de las asignaciones presupuestales previstas en los organismos que tienen hoy asignado gasto en Salud. Las empresas privadas y públicas, así como la administración central aportan al FNS un porcentaje sobre su masa salarial, tomando como referencia el actual aporte patronal a la ex DISSE del BPS. (Bentura, 2006)

Por último, un cambio en el modelo de atención, el que postula a la Salud como un bien social, como un derecho humano esencial donde la responsabilidad es del Estado. Cuando hablamos de un sistema integral éste implica acciones de promoción y prevención desarrollando estas actividades en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (Presidencia de la Republica. 2005).

Cabe agregar que el gobierno del SNIS es confiado a una Junta de Salud, la cual se encarga de planificar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema y de administrar el Seguro Nacional de Salud. Esta Junta es un organismo descentralizado, integrado por siete miembros: cuatro miembros del Poder Ejecutivo y tres representantes que provengan de los prestadores, de los trabajadores organizados y de los usuarios del sistema. (Midaglia y Antia, 2007)

La gran diferencia entre la Política Social de Salud actual y la de los años 90' es que se trata de atender a la Salud en un enfoque integral que incluya las determinantes sociales.

---

<sup>4</sup> Ley N° 18.131, aprobada el 18 de mayo del 2007.

económicas, políticas y culturales, involucradas en el proceso de Salud - enfermedad. Se propone orientar sus acciones bajo los principios de universalidad, continuidad, calidad, oportunidad, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática y participación social entre otros. (Bentura, 2006).

La comunidad participa de forma organizada en el ámbito de la Salud como proceso de construcción de la ciudadanía, como proceso educativo y como derecho. Además, existen asambleas representativas de los usuarios por zona y departamento. Se da un diagnóstico participativo de los problemas de Salud de cada zona. (Presidencia de la República, 2005).

Se establecen diez programas prioritarios: embarazo- parto y puerperio, infección respiratoria, infección intestinal, hipertensión, cáncer de cérvix y mama, enfermedades mentales, enfermedades por vacunación, problemas buco-dentales, tabaquismo y planificación familiar. Para dar respuesta a estos problemas se definió un Programa de Atención Integral que se sub dividió en cinco programas específicos, el Programa de Atención Integral al Niño, el Programa de Atención Integral al Adolescente, el Programa de Atención Integral al Adulto, el Programa de Atención Integral a la Mujer, el Programa de Atención Integral a la Tercera Edad y el Programa de Atención Integral al Ambiente. Estos programas están interrelacionados entre sí, poseen actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Si bien no es el foco central de este trabajo el impacto que tuvo y tiene la reforma de salud, ya que la misma es un proceso de inicio relativamente reciente y a largo plazo: creo necesario plantear cautelosamente algunas cuestiones respecto a esta reforma.

La reforma del Estado en Uruguay, en la cual se inscriben los intentos de reforma del sector Salud, sigue una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector no parece ocupar un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar los consensos necesarios en las cuestiones "centrales" de la agenda (Abracinskas y López, 2004).

Pese a ser una realidad el hecho de que actualmente hay una mayor cobertura de usuarios del Sistema de Salud, a la vez que se realizan acciones tendientes a incentivar el primer nivel de atención, con todo lo que esto significa; no podemos dejar de ver la vinculación que la Salud (aún en esta nueva administración) mantiene con organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes definen lineamientos de acción.

En este sentido recordamos los planteos del Profesor G. Berlinguer (apud Bentura, 2006: 69) en la era del neoliberalismo:

“una corriente de pensamiento y de acción orientada refiriéndose a la salud, sobre todo, como inversión a criticar la sanidad pública como un obstáculo a la iniciativa privada, a dejar de lado el valor de los bienes comunes, a desplazar el papel de dirección de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia otras entidades internacionales: El Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). Con una pequeña diferencia, que la OMS tiene una obligación moral frente a la salud, mientras que el BM, el FMI y la OMC son organizaciones respetables más no tienen ninguna obligación moral frente a la salud, tienen una obligación para con la economía”.

Cabe destacar, como resultado de la reforma, la mejora sustantiva de los salarios de los enfermeros y médicos así como también la ampliación de la participación social. Las personas son ahora convocadas a participar en las diferentes etapas y niveles de Salud, ya que una de las intenciones que persigue la reforma es que los individuos se constituyan en verdaderos sujetos de derechos; pero siguiendo en esta línea Abracinskas y López (2004), plantean que en los hechos cuesta plasmarlo y cuando se logra dar, es de manera gradual.

“El proceso de debate público sobre el sistema de salud y las transformaciones que este requiere no ha tenido la amplitud en la participación de actores diversos, así como tampoco el involucramiento activo de la ciudadanía.”[...] “el proceso de reformas parciales, se han dado en una modalidad “silenciosa” y gradual, que ha dificultado un debate abierto y activo, así como ha invisibilizado las tendencias a las que responden estas transformaciones parciales del sistema”. Abracinskas y López (2004:67).

En esta misma línea, es evidente el impacto que tuvo y tiene la reforma en el área de Salud mental. Así, vemos como las mutualistas comienzan a ofrecer atención psicológica y psiquiátrica a la población en temas tales como: adicciones, violencia doméstica, problemas de Salud mental de diferente índole, etc. Lo cual reafirma el concepto que está detrás de esta reforma que es el de entender a las personas desde un enfoque totalizador, integral, como sujetos bio-psico-sociales.

El objetivo de cobertura universal, plantea el interrogante sobre la protección de Salud de los sectores no contributivos, básicamente informales y desocupados. La opción en este caso fue aportar fiscalmente los recursos para estos sectores en un pilar no contributivo, postergando el financiamiento de esta población a partir del FONASA. La interrogante será como hacerlo, como será el impacto en las finanzas públicas (Mancebo y Narbondo, 2010)

En nuestro país, se puede observar un aumento de la tasa de médicos por habitantes, feminización de la población médica y mayor tendencia hacia la especialización y multiespecialización, pero de todas maneras existe déficits de atención en algunas áreas de la Salud. (Abracinskas y López, 2004).

Teniendo en cuenta como se gestó la reforma, una potencial desventaja en el mediano plazo de la implementación de la misma es, si esta política de Salud, impulsada desde el gobierno, puede llegar a transformarse en política de Estado sin haber contado con una coalición o acuerdo con algún otro partido.

Por último, cabe preguntarse si esta reforma que propicia un avance en la desmercantilización de la política social de Salud, hace que podamos estar pensando en un avance de un régimen de bienestar de tipo corporativo a uno de corte social-demócrata.

## **CAPITULO IV: El Trabajo Social en el área de la Salud, su vinculación desde su génesis, y las determinaciones que el cambio en la Política Social de Salud le coloca en la actualidad.**

Partiendo del enfoque teórico metodológico escogido y siguiendo los planteos de Netto (1996), considero clave ahondar en la intrínseca relación existente entre las “transformaciones societarias” y nuestra profesión. Es decir, que si queremos ver que implicancias tienen los cambios del Sistema de Salud en nuestra profesión, no podemos dejar de lado el hecho de que se insertan (al igual que nuestra profesión) en un determinado orden social que también se va transformando.

De esta manera Netto (1996), haciendo reseña de las principales transformaciones societarias plantea que en los años 70” se producen una serie de modificaciones que van a marcar la pauta de lo que sucede en los años 80” y 90”. Netto (1996) hace referencia a la primera recesión generalizada de la economía capitalista desde la segunda guerra mundial y al pasaje, por así decirlo, de un régimen de acumulación rígido “fordista keynesiano” a un capitalismo monopolista contemporáneo o capitalismo “tardío” caracterizado por un régimen de acumulación flexible.

Este capitalismo “tardío” implica modificaciones en las diversas esferas del orden social: en lo que respecta a la económica, se produce una profundización de la globalización a la vez que una articulación supranacional cada vez más marcada de las unidades productivas.

Consecuentemente el proceso de trabajo experimenta modificaciones que según Netto (1996) no puede ser minimizado. Así este capitalismo “tardío”, provoca una reestructura radical en el mercado de trabajo: ya sea modificando la relación incluidos – excluidos, introduciendo nuevas modalidades de contratación (más flexibles, de tipo empleo precario); o creando nuevas estratificaciones o formas de discriminación entre los que trabajan (edad, sexo etnia, etc.).

Se producen diversas transformaciones a nivel social: en la estructura de clases (diversificándose la clase que vive del trabajo, es decir volviéndose más heterogénea, y estructurándose una oligarquía financiera global como representante del gran capital), en el perfil demográfico de la población, en la expansión urbana, en el crecimiento de las actividades de servicio, en el surgimiento de nuevos protagonistas (mujeres y jóvenes), en la estructura familiar, etc.

Siguiendo con su análisis Netto (1996) aborda los cambios producidos en el ámbito cultural; por un lado se da la traslación de la lógica del capital para todos los procesos del espacio cultural: producción, divulgación y consumo y por el otro el desenvolvimiento de formas culturales por los medios electrónicos.

Se comienza a vivir una cultura de consumo donde lo que prima son los bienes materiales. Esto conduce a que se dé una inmediatez de la vida social, como señala Netto (1996:98) surgen nuevas “sensibilidades” profundizadas por la tecnología de la comunicación.

Se podría concluir que la revolución cultural de fin de siglo XX se entiende como el triunfo del individuo sobre la sociedad.

Por su parte las transformaciones políticas son igualmente notables: la oligarquía financiera global se articula de tal manera que encuentra canales e instituciones para dar forma a sus proyectos mientras que las tradicionales expresiones de las clases llamadas subalternas experimentan crisis visibles (Netto hace referencia entre otras cosas a la des-sindicalización).

También el Estado burgués experimenta un redimensionamiento. Tal como lo mencionamos en este trabajo, se produce una reducción del Estado (al menos entre los años 80 y mediados de la primer década del siglo XXI) en un proceso de ajuste, que tiene como única función la flexibilización y la desregulación; al decir de Netto (1996:100) “a defensa do “Estado mínimo” pretende, fundamentalmente, “o Estado máximo para o capital”.

Todo esto planteado por diversos autores, entre ellos Netto y Yamamoto, reafirman la idea subyacente de este trabajo, de que el Trabajador Social es tal en un determinado momento y en un determinado lugar. Es decir que el profesional se encuentra atravesado por múltiples determinaciones que están dadas por el orden social vigente, sus continuidades y sus rupturas. Al cambiar el orden social, necesariamente el Trabajo Social se va a redefinir y por ende la práctica profesional concreta se va a ver modificada.

Retomando a Yamamoto a partir de lo señalado por Celmira Bentura (2006: 43)

“... es necesario romper con la visión endogenista de nuestra profesión, de manera de poder extrapolar al servicio social para aprehender mejor la historia de la sociedad de la que forma parte”. Por otra parte considera que es fundamental entender al SS como una profesión particular inscrita en la división social y técnica del trabajo colectivo de la sociedad. A su vez, considerar a nuestra profesión como un trabajo supone privilegiar las esferas de producción y reproducción de la vida social, como determinantes de la constitución de la materialidad y subjetividad de las clases asalariadas”.

Así en este capítulo ahondaremos cómo los cambios ocurridos en el Sistema de Salud (ya no solo en el orden social vigente o mejor como parte del orden social vigente y sus mutaciones o nuevas versiones) impactan e inciden en el quehacer profesional.

Actualmente asistimos a una heterogeneidad de prácticas en la que es posible visualizar diferentes formas de comprender y ejercer la profesión. Es decir, no estamos frente a un escenario homogéneo sino que cada profesional se vincula a la realidad social de manera diferente; teniendo como base relativamente común la formación académica.

## El Trabajo Social

“...es una disciplina cuyo objetivo es la intervención en la resolución de los problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, en relación a su calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales”. (Plan de Estudios, 1992: 4).

Si bien han sido y son variados los contextos socio-políticos en los que el Trabajo Social se ha desarrollado históricamente, así como sus accionar profesional, también ha tenido diversas conceptualizaciones acerca de su naturaleza, carácter disciplinario y profesión; dichos enfoques en general se han puesto de acuerdo en que el Trabajo Social debe poner particular énfasis en la interacción e implementación de procesos educativos con los sujetos, tendientes al desarrollo y consolidación de transformaciones positivas de la realidad social en la que actúan.

La intervención en la realidad supone al Trabajo Social participar en el debate y en las acciones sociales que se generan a partir de y con los distintos sujetos, los actores involucrados. Implica participación en la toma de decisiones, propiciando también la participación de los sujetos involucrados en las problemáticas que les atañen, promoviendo acciones tendientes a la visibilidad pública de sus necesidades no resueltas o de las problemáticas que los afectan.

### **Dimensiones del Trabajo Social**

En este análisis acerca de nuestra profesión, se entiende relevante atender otros aspectos, que permitan profundizar cómo se expresan luego en el área específica de la salud. El Trabajo Social desarrolla su identidad profesional, la que se lleva adelante a través de las distintas dimensiones del hacer, pensar y sentir del ser profesional. (García Espindola, 2001).

Analíticamente se pueden distinguir tres grandes dimensiones del Trabajo Social:

“la dimensión asistencial donde el profesional realiza tareas para que las instituciones de bienestar social coloquen sus recursos y servicios en función de la habilitación de los derechos de los beneficiarios en el campo de la salud, la vivienda, la educación, etc. Intermedia y gestiona la vinculación entre las instituciones de prestaciones de servicios y sus beneficiarios, y entre los recursos estatales y privados y su administración, desburocratizando los procesos de relación entre los prestadores de servicios sociales y los sujetos que lo reciben. Se considera que esta dimensión es necesaria pero no suficiente; en

nuestro quehacer profesional debemos trascender lo asistencial poniendo en juego las otras dimensiones que constituyen el mismo. La dimensión investigativa refiere a la capacidad de problematizar la realidad, cuestionar lo que se nos presenta por dado; por último la dimensión educativo promocional que estimula la formación y coordinación de grupos a fin de que se conecten, problematicen su situación y se planteen aspiraciones respecto a sus niveles y calidad de vida, detectando y movilizando recursos que las satisfagan. Contribuye a que los sujetos (individuos, grupos, organizaciones, unidades territoriales, etc.) superen su autopercepción y el alcance de su acción en tanto actores sociales, facilitando el análisis de los factores sociales y culturales involucrados en su situación a fin de definir alternativas de acción, una toma de decisiones democrática, seleccionando aquellas que sean viables respecto a sus posibilidades concretas de obtener logros. Aporta a la traducción de los lenguajes de los diversos grupos y subculturas y a la divulgación en términos cotidianos de conocimiento básicos de las disciplinas científicas, movilizando información y capacitando en el manejo de técnicas y de procesos. Facilita los procesos de negociación entre individuos, grupos, organizaciones y entre estos y los organismos estatales de distinto nivel” (Plan de Estudios, 1992: 5, 6 y7).

Por su parte Adela Claramunt (2009: 99) señala también la dimensión ético política del quehacer profesional de los Trabajadores Sociales, como

“...dimensión constitutiva de la actuación profesional, atraviesa los diferentes componentes del Trabajo Social.”[...] es decir, que se pone en movimiento incidiendo en todas las dimensiones que conforman el accionar de los trabajadores sociales. Remite a la discusión (y a su efectivización en la práctica) acerca de los valores que orientan la intervención profesional y que sitúan al trabajador social de manera posicionada en las relaciones de poder que están presentes en su campo de actuación. Implica la opción entre proyectos sociales diversos, así como una concepción del mundo, del cambio social y del sentido de esa transformación, del lugar ocupado por el ser humano en las relaciones sociales, etcétera”.

### **Génesis de la profesión**

Por otra parte, en la actualidad cada vez son más las áreas de trabajo en las que se inserta el Trabajo Social, pero el campo de la Salud tiene la particularidad de ser donde encontramos

ubicados los orígenes de nuestra profesión y donde a través de la historia ha continuado desempeñándose.

Siguiendo a Luis Acosta (1997: 11)

“La génesis del Servicio Social en el Uruguay es un proceso cuyo resultado es la secularización de la sociedad, del predominio del estilo de pensamiento positivista cuyo modelo son las ciencias naturales (particularmente la medicina), que a su vez es expresión ideal de la mercantilización de la vida social, del predominio del modo de producción capitalista. El estilo de pensamiento científico-natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será difundido como una forma “infra-estructural” de poder estatal en la práctica del “higienismo””.

Según este autor en el higienismo tenemos la difusión de una racionalidad técnica como una forma de tratamiento de la cuestión social. Es también un proceso de secularización de la moral, por la cual ésta se torna una moral laica.

Con la ley del año 1910 se crea el Consejo de Asistencia Pública en sustitución de la Comisión de Asistencia y Beneficencia Pública. Se dejaba establecido en dicha ley el derecho a la asistencia pública: “todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado”. (Barrán apud Acosta: 1997: 16). Esta Comisión realizó alteraciones en la jerarquía de la dirección de los hospitales, sustituyendo a las hermanas de la caridad por médicos.

En este período

“los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente las pobres” (Ortega, 2005: 11)



Como antecedente de Asistencia Social, vemos, siguiendo a Acosta (1997:20)

"en 1920 el médico Julio Bauzá planteaba la necesidad de crear un cuerpo de nurse-inspectoras encargadas de la visita a todos los niños recién nacidos de familias pobres o de baja instrucción. La visita posibilitaba vincular rápidamente a la madre y su hijo con el consultorio médico para así "sustituir a la madre por el médico en la dirección de la alimentación y desarrollo del niño".

Siguiendo a Barrán (apud Acosta 1997: 20), entre 1925 y 1930 comenzó a desarrollarse entre los médicos la idea de crear un cuerpo de visitadoras sociales, cuya actividad era concurrir a los hogares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales.

El higienismo fue parte de un proyecto sociocultural de gobernar por hegemonía a las "clases peligrosas", acostumbrándolas a ser controladas en nombre de la Salud. La profesión se mueve en un espacio que históricamente ha estado bajo la hegemonía médica, el modelo hegemónico, del cual participan técnicos y usuarios que se caracterizan por ser biologicistas, asistencialistas, ahistóricos, sin un enfoque social y con tendencia a excluir a los usuarios del acceso a los conocimientos.

La Salud como espacio de inserción es un espacio rico e interesante ya que conviven varias disciplinas.

"La inserción de nuestra profesión no se puede ver como algo acabado sino como algo de constante movimiento y construcción (Paz, 2008: 33)".

A partir de la reforma de la Salud en nuestro país -ya reseñada en capítulos anteriores- se comienza a vivir un periodo de cambios en donde nuestra profesión puede llegar a modificar su desempeño, ya que existe apertura de las instituciones a las diferentes propuestas que pueden llegar a generarse; la misma puede asociarse al reconocimiento de una mayor autonomía profesional. Se considera en este trabajo -siguiendo a Bentura- que en los últimos años hay una mayor valorización del rol profesional y de su aporte para la

atención de Salud, teniendo en cuenta lo que plantea el nuevo modelo sobre la atención integral (Paz, 2008).

“Nos parece si relevante observar un momento de gran “efervescencia” en el sector con espacios de participación y donde se movilizan en forma activa todos los participantes para procurar mejores posicionamientos en los espacios de poder. También parece relevante hacer notar que aparecen en los discursos oficiales prioridades que podrían ser favorables para que el Servicio Social se posicionara mejor en el campo ya que posee o debería poseer un saber específico que lo habilitaría a intervenir en áreas ahora prioritarias como por ejemplo, la prevención y promoción de la salud y la participación de los usuarios. Estas nuevas prioridades refieren claramente al objeto de intervención del servicio social y además el saber médico no tendría ni conocimiento ni interés en adquirirlo. Es además importante ver que en aquellos modelos que inspiran la reforma, el trabajo social tiene una integración indiscutible en los equipos.” (Bentura, 2006: 91).

La reforma en el Sistema de Salud, como ya lo he venido desarrollando, pretende fortalecer el primer nivel de atención, motivo por el cual nuestra profesión consolida su espacio de trabajo en esta área. El Trabajo Social en el primer nivel de atención desarrolla diferentes actividades, tales como las relacionadas con la promoción de la salud, aquellas vinculadas con la protección contra los riesgos a los que está expuesta la población, actividades de enseñanza, relacionadas con medidas de higiene personal y colectiva, etc. Estas instancias pueden desarrollarse en los hogares (domicilios), centros de estudio, instalaciones deportivas y recreativas, centros de salud y policlínicas, entre otros ámbitos. Además el Trabajo Social se ocupa de identificar las redes familiares y sociales, promoviendo la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, y a la participación de individuos, grupos y comunidades en la institución. Así nuestra profesión se transforma en un vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

Gracias a todo el bagaje teórico que posee, y el desarrollo de diferentes metodologías de las ciencias sociales y humanas, puede conocer e interpretar aquellas necesidades relacionadas con la Salud, e implementar acciones para promover la participación,

organización y capacitación de la población en la búsqueda de soluciones a los problemas detectados, y así mejorar el nivel y la calidad de vida de los individuos y sus familias.

En la actualidad, tomando en cuenta el acercamiento al primer nivel de atención se ve como primordial el concepto de prevención, promoción y trabajo con la comunidad. El Trabajador Social realiza por ello actividades de enseñanza (procesos socio-educativos) en relación con los problemas de Salud, dando a conocer los riesgos y medidas de prevención e higiene para evitarlos, a través de diferentes modalidades con las cuales se vincula a la comunidad.

El vínculo con la comunidad es importante pues en estas instancias es donde se aprecian cuales son las verdaderas demandas de las personas, sus necesidades, y luego en base a eso es que se piensa en conjunto, las estrategias a realizar para poder satisfacer dichas demandas. Mediante un diálogo continuo con la comunidad se pretende que la población participe en la formulación y ejecución de actividades de Salud, a fin de que se respeten sus necesidades y prioridades locales y con esto también sacar el máximo partido de los recursos existentes en ella.

Pese a la intrínseca relación ya mencionada entre el Trabajo Social y la Salud, a la demanda existente de nuestra profesión en esa área, al espacio consolidado y definido de nuestra labor y al porcentaje importante de profesionales trabajando en el sector, vemos como existe un desfase entre los cambios producidos en el área de la Salud y en la formación permanente y accionar del Trabajador Social.

Es decir, siguiendo los planteos de Bentura (2006), pareciera que asistimos a un envejecimiento del quehacer del colectivo profesional; proceso éste que se estaría aparentemente tratando de revertir aún muy timidamente.

## **CAPITULO V: Algunas reflexiones finales.**

En esta última parte, más que dar por acabado algo, se pretende dejar planteadas preguntas que inviten a seguir problematizando cuestiones referidas a esta temática y también a sus vinculaciones con el orden social vigente.

En el desarrollo de este trabajo se ha tratado de exponer, en primer lugar, los cambios de las Políticas Sociales en el correr del tiempo y la nueva Política Social de Salud que comienza a desarrollarse en el 2005 con la asunción del gobierno de izquierda, y por otro lado, lo que estas transformaciones dejan como resultado a nuestra profesión en el área de la Salud.

El cambio al que asistimos con el nuevo Sistema de Salud nos hace repensar a las Políticas Sociales en general, en el sentido que nos cuestionamos si se está produciendo un nuevo modelo de Políticas Sociales o si continuamos con la característica reduccionista de las Políticas Sociales de los '90.

Como ya se planteó en este documento la reforma de Salud, más allá del déficit y problemas que aún tiene, resulta esperanzadora, en primer lugar para las personas en general (la ciudadanía en su conjunto) pero también para la profesión que está llamada a ser protagonista de esta Política Social. Esto se debe a que la Salud se postula como un bien social, como un derecho humano esencial, se habla de un sistema integral que implica acciones de promoción y prevención desarrollando estas actividades en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Con la estrategia de Atención Primaria de la Salud se resalta el primer nivel de atención, espacio en el que nuestra profesión tiene un rol primordial ya que es el ámbito indicado para expandir la dimensión educativo promocional del Trabajo Social, que unida a la dimensión investigativa, asistencial y a la ético-política conforman nuestro quehacer profesional.

Corresponde señalar que se destaca el primer nivel de atención porque este trabajo está asociado a los énfasis de la reforma de la salud y sus fundamentos. Pero el ejercicio de nuestra profesión, va mas allá, se desarrolla en los diferentes niveles de atención. A su vez es necesario resaltar la importancia de preservar, enriquecer y acrecentar la incidencia profesional de los Trabajadores Sociales en los todos los niveles de atención.

Creemos que la profesión ha ido conquistando en el campo de la Salud espacios de autonomía profesional relevantes que le permiten tener hoy un mejor posicionamiento en el sector, y que hoy parece tener mayor fuerza aún debido a la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y la convocatoria a la participación de los usuarios como ya hemos planteado. Si observamos el número de profesionales que ejercen en este campo comparado con los que lo hacían hace dos o tres décadas vemos un crecimiento importante al respecto. (Pereira, 2011)

Retomando el título del presente trabajo, se cree que los cambios producidos en el sector de Salud implican nuevas oportunidades, desafíos y horizontes para el colectivo profesional. Sin embargo, no podemos dejar de lado el hecho de que todo se irá dando de manera gradual conformando así un proceso de construcción permanente y no de manera lineal ni única.

A modo de reflexión final, pero no por ello acabada, se cree fundamental hacer hincapié en una idea que estuvo detrás de toda la elaboración de este trabajo y que fue explicitada citando a diversos autores, y es que no se puede entender al Trabajo Social como una profesión aislada, desde una mirada endogenista y, a mi juicio auto centrada y empobrecida, sino que es necesario, poder captar la intrínseca y dialéctica relación que tiene con el orden social en el que se inserta.

“Se trata de extrapolar el Servicio Social para aprehenderlo mejor en la historia de la sociedad de cual es parte y expresión. Es importante salir de la cúpula de cristal que aprisiona a los asistentes sociales en una visión de dentro y para dentro del Servicio Social, como precondition para que se puedan captar las nuevas mediciones y re calificar el quehacer

profesional, identificar sus particularidades y descubrir las alternativas de acción” (Iamamoto, 2003: 32 y 33).

Así, desde hace unos cuantos años asistimos a un sistema neoliberal que insiste en mostrarse como único e incambiable, cuando en verdad sabemos que el orden social es construcción de los hombres y así como se han ido agotando otros regímenes y hemos ido construyendo nuevas alternativas, también es posible ir problematizando este orden social y generar otra propuesta, que no sabemos exactamente cómo va a ser, pero seguramente pueda ser un poco más humana y no tan centrada en la mercantilización de la vida.

Pero mientras sigamos inmersos en este estadio del capitalismo burgués, el Trabajador Social se ve especialmente interpelado, particularmente llamado a ser quien, desde su práctica profesional cotidiana, pueda junto con el sujeto de intervención, problematizar las diferentes situaciones por las que el mismo pase, tratar de hacer ver que su situación actual no es inamovible y no depende sólo de él, y que como ser humano tiene derechos (no regalos de nadie), derechos conquistados y contruidos a lo largo de la historia, que tienen que ser ejercidos, aunque eso no sea rentable para el capital y por ende, no sea prioridad del sistema en el que vivimos.

No se trata aquí de ser revolucionarios ni políticos, se trata de ser profesionales y personas comprometidas, capaces de pensar y ayudar a pensar a la gente con la que compartimos nuestro camino, confiando que otra realidad es posible y que la misma también depende de nosotros mismos y de nuestro accionar con otros colectivos, que compartan la apuesta a una sociedad más justa e igualitaria.

## BIBLIOGRAFIA

- Abracinskas, Lilian y Lopez, Alejandra (2004) *Mortalidad materna, aborto y Salud en Uruguay*. MYSU, Proyecto Dawn. Montevideo, Uruguay.
- Acosta, Luis (1997) *Modernidad y Servicio Social: Un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay*. Disertación de maestría UFRJ/ESS. Río de Janeiro. Brasil.
- Ander- Egg, Ezequiel (1997) *Guía para preparar monografías*. Lumen Humanitas. Buenos Aires, Argentina.
- Baraibar, Ximena.  
(2003) *Las Paradojas de la Focalización*. En Revista Ser Social N° 12. Universidad de Brasilia, Brasil.  
(2007) *Poco, para pocos y por poco tiempo: Políticas Sociales en tiempo de emergencia*. Escenarios, volumen 7, número 12.
- Bentura, Celmira. (2006) *Trabajo Social en el campo de la salud. Un desafío académico*. Disertación presentada como requisito para la obtención del Título de Máster en Trabajo Social. Montevideo. Uruguay.
- Claramunt, Adela. (2009). *El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad*. En Frontera. Revista, N° 5. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.
- Código de ética de los Trabajadores Sociales (2001) ADASU. Uruguay.
- Conrado. Ramos (1993) *La racionalidad de la gestión pública en el contexto de la reforma del Estado*. Documentos de Trabajo DCP. N° 2. Montevideo, Uruguay.
- Constitución de la República Oriental del Uruguay (1967).
- Coraggio, Jose Luis (1994) *Descentralización y Participación Ciudadana. Propuesta descentralizadora: límites y posibilidades*. Editorial Trilce. Montevideo Uruguay.
- De Martino (1999). *Una breve aproximación a la producción de conocimiento y procedimientos metodológicos*. Revista Trabajo Social. Volumen 13, número 17. Eppal. Montevideo, Uruguay.

- Declaración de Alma Ata. (s/d) Página: [webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf](http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf). Visitada febrero de 2012.
- Eco, Humberto (1997). *Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. Gedesia. Barcelona, España.
- Filgueira, Fernando (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada en Brian Roberts (ed.) *Ciudadanía y Política Sociales*. FLACSO/SSRC: San José de Costa Rica.
- Franco, Rolando (1996) *Los paradigmas de la Política Social en América Latina*. Revista de la CEPAL N° 58. Santiago de Chile, Chile.
- García Espíndola, Adriana (2001) *Dimensiones y principios en Trabajo Social: reflexiones desde la intervención profesional*. Libro de Trabajo Social Temas de Trabajo Social debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Uruguay, Montevideo.
- Hegel (1968) *Ciencia de la lógica*. Solar S.A. Hachette S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Heller, Agnes (1985) *Historia y vida cotidiana*. Grijalbo, México.
- Kosik, Karel (1969) *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo. Madrid, España.
- lamamoto, Marilda (2003). *El Servicio Social y la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. Editora Cortez. Brasil.
- Loes Arnais, María del Rosario (1986). *El concepto de salud: concepciones y paradigmas*. En: *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*. Editorial Belgrano. Argentina.
- Mancebo, Ester y Narbondo, Pedro (2010) *Reforma de Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez*. Editorial Fin de siglo. Uruguay.
- Manfred, Max Neef. (1993) *Desarrollo a escala humana*. Ed. Nordan. Montevideo. Uruguay.
- Midaglia, Carmen (2000) *Alternativas de protección a la infancia carente. La peculiar convivencia de lo público y privado en Uruguay*. CLACSO. ASADI. Buenos Aires. Argentina.
- Midaglia, Carmen y Antia (2007) *La izquierda en el gobierno. ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguay de Ciencia Política. Uruguay.

- Ministerio de Desarrollo Social P.A.N.E.S. “Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social”. (2005-2007). Pautas para la presentación del 19 de enero de 2005 ante la agrupación parlamentaria. Republica Oriental del Uruguay.
- Montaña, Carlos (1998) *La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.
- Moreira y Delbono (2010) *De la era neoliberal a la reemergencia de la “cuestión social”. En reforma del estado y políticas públicas de la administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Mancebo y Narbondo. Editorial Fin de siglo. CLACSO-ICP. Montevideo, Uruguay.
- Netto  
(1994) *Razón, Ontología y Praxis*. En: Revista Servicio Social y Sociedad n° 44. San Pablo, Brasil.  
(1996) *Transformações Societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil*. En: Servicio Social y Sociedad, Revista. Cortez Editora, Brasil.
- Niveles de Atención en Salud (2009). Página: [www.scribd.com](http://www.scribd.com). Visitada diciembre 2011.
- Ortega, Elizabeth (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista*. Ediciones Trilce. Uruguay.
- Pastorini, Alejandra. (2000) *¿Quién mueve los hilos de las Políticas Sociales? Avances y límites en la categoría “concesión – conquista”*. En la política social hoy. Borgianni, E y Montaña, C. Compilados Editorial Cortez. San Pablo, Brasil.
- Paz, Jorge (2010) *Programas dirigidos a la pobreza en América Latina y el Caribe. Sustento teórico, implementación, práctica e impactos sobre la pobreza en la región CLACSO*.
- Paz Tejeira, Gabriela (2008) *“Gente en obra”*, Reflexiones en torno a la inserción del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de Salud. Tesis de grado. Montevideo, Uruguay.
- Pereira, Potyara (2000) *La Política Social en el contexto de seguridad social y del welfare state: la particularidad de la asistencia social*. En la política social hoy. Borgianni, E y Montaña, C. Compilados Editorial Cortez. San Pablo, Brasil.
- Pereira, Silvia (2011) *“El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención”*, Tesis de grado. Montevideo, Uruguay.

- Plan de estudios (1992) Universidad de la Republica, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento del Trabajo Social, Licenciatura de Trabajo Social. Uruguay.
- PNUD (1999). *Informe de Desarrollo Humano en Uruguay*. Montevideo, Uruguay.
- Presidencia de la Republica. (2005). Oficina Nacional del Servicio Civil. Escuela de Funcionarios Públicos Dr. Aquiles Laiz. "*Cambio de Modelo de atención y Gestión de Primer Nivel de Salud, ejes fundamentales del cambio en salud*" Plan de Emergencia Nacional. Uruguay.
- Salleras Sanmartí, Luis (1990) *La Salud y sus determinantes, en Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos.
- Villar. Hugo (1992) *Concepto de Salud Enfermedad*. Odont. Posgrado 3, N° 2. Documento para la reflexión aportado por los docentes supervisores de los talleres de Salud y Sociedad de MIP II y MIP III. Lic. de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la Republica. Uruguay.