UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Modelos para armar: modelos de atención en salud y la intervención del trabajo social

Natalia Mattos
Tutora: Celmira Bentura

2016

Índice

Agradecimientos **2**
Lista de Siglas **3**
Resumen **4**
Introducción **5**
Consideraciones Teórico-Metodológicas **8**
1. Sistema de salud y modelos de atención en Uruguay **11**
1.1 Medicalización de la vida social y el saber/poder médico 11
1.2 Antecedentes Históricos de los modelos de atención en Uruguay 14
1.3 Reforma del Sistema de Salud 18
2. Modelos de Atención en Salud **22**
2.1 Modelo Médico Hegemónico 22
2.2 Modelo de Atención Integral y Estrategia de Atención en APS 25
3. El Trabajo Social en el Campo de la Salud **30**
3.1 Génesis del Servicio Social y el Higienismo 30
3.2 Inserción del Trabajo Social en el contexto actual 33
3.2 Demandas hacia el Trabajo Social en el contexto actual 43
Reflexiones Finales **53**
Bibliografía **57**
Bibliografía utilizada: 57
Documentos web utilizados: 60
Leyes utilizadas: 62
Sitios web consultados: 62

Agradecimientos

- A Pablo por su comprensión y apoyo incondicional. Porque día a día me acompañó en la realización de este trabajo, con una enorme paciencia y un gran amor.

- A Paola, Ezekiel, Jorge y Nelly, que sin ellos no hubiese llegado hasta acá, y por haberme apoyado durante todos estos años pese a mis "locuras".

- A Ana y Nancy, por haber transitado juntas este hermoso trayecto académico. Por la amistad, las largas horas de estudio, de clases, charlas y mates; y porque en las buenas y en las no tanto supimos apoyarnos para continuar en camino.

- A Mariana y Andrea, por su amistad, por haberme acompañado en este camino desde el primer día, porque si bien elegimos caminos profesionales distintos nunca faltó la oportunidad para complementarnos.

- A Gimena por darme ese "empuje" constante.

- A todas mis amigas en general por el apoyo, la paciencia, y especialmente por mis "ausencias".

- A mis "Compas" de trabajo, que hemos compartido charlas, nervios y ansiedad en este trayecto final.

- A Celmira por haberme guidado no sólo en la realización de esta monografía, sino también en distintas instancias de mi proceso de aprendizaje académico.

Lista de Siglas

APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
CLAEH	Centro Latinoamericano de Economía Humana
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República

Resumen

El presente trabajo está dirigido a analizar la intervención histórica del Trabajo Social y los modelos de atención en salud derivados de las políticas sanitarias implementadas en Uruguay, con el fin de puntualizar sobre algunos de los elementos constitutivos de la práctica profesional en el contexto actual

La metodología implementada es de tipo cualitativa a partir de la realización de un análisis documental con la utilización de fuentes secundarias que permitieron explorar, describir y analizar las intervenciones profesionales actuales en este campo. De esta forma, se realiza un abordaje comparativo de los dos modelos de atención que predominaron en el sistema de salud uruguayo como respuesta brindada a los problemas de salud de la población, intentando una caracterización de los mismos.

Asimismo, se tratará de identificar los tres ejes centrales en lo que se basó la reforma sanitaria de los últimos años: cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento.

En el marco de estos cambios y de los procesos histórico-sociales surgidos frente a las manifestaciones de la cuestión social[1], se reflexionará sobre la intervención de la profesión, a la vez que se analizarán posibles reconfiguraciones en el rol y las demandas que se le establecen al Trabajo Social en las instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Palabras claves: Trabajo Social, Salud, Modelos de Atención.

[1] Se entiende por manifestaciones de la cuestión social al antagonismo entre capital-trabajo que comenzaron a gestarse frente a los procesos de industrialización en el sistema capitalista, y que hoy no sólo retoma viejas causalidades, sino que a la vez que se generan nuevas.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en la elaboración de la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La temática de interés se centró en analizar el desarrollo histórico del sistema de salud en el Uruguay y los modelos de atención, teniendo en cuenta los cambios acontecidos a partir de la reforma de la salud de los últimos años y cómo los mismos moldean la intervención del Trabajo Social en este campo.

En este trabajo monográfico, se plasma el proceso llevado adelante durante la formación académica, y a su vez constituye un interés personal debido al trabajo desarrollado durante la práctica pre profesional en el marco del curso *Metodología de la Intervención Profesional III* realizada en la Policlínica "Dra. María Cristina Rodríguez Tabacchi" en el Barrio Capurro de Montevideo.

En este sentido, el proceso de aprendizaje y conocimiento hasta el momento y el que se incorporará en el futuro implican la construcción de una matriz de aprendizaje:

> "Somos también el punto de llegada de una trayectoria de aprendizajes. Trayectoria en la que hemos ido construyendo un modelo interno o matriz de encuentro con lo real. Historia en la que hemos ido "aprendiendo a aprender" […] El aprendizaje tiene una historicidad, que no es de carácter lineal sino dialéctica, contradictoria, con continuidades y rupturas, a través de lo que hemos ido construyendo internamente […] un modelo, una actitud de encuentro con el objeto, un estilo de aprendizaje que se constituye como nuestra modalidad cotidiana de relación con la realidad, con nosotros mismos y con los otros" (Pampliega de Quiroga apud: Claramunt,2003:17).

A lo largo de la historia se han desarrollado diversos modelos de atención en salud determinado por el paradigma explicativo sobre la concepción y desarrollo del proceso salud-enfermedad.

Las construcciones histórico-sociales, así como las diversas formas de entender la salud y la enfermedad, derivaron en diversas políticas sanitarias que tienen su correlato en las formas de respuesta que brinda el Estado a los problemas de salud que presenta la población. Dichas respuestas generan distintas formas de intervención y acción frente a los determinantes de la salud y configuran diferentes modelos de atención.

En las declaraciones internacionales[2], a las que Uruguay adhiere, se define la salud de manera positiva estableciéndola como un derecho humano fundamental donde el Estado debe garantizar la atención sanitaria de toda la población, actuando sobre los factores determinantes para mejorar la calidad de vida.

Complementando lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS,2006:1) en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948 define la salud como:

> "(…) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."

Teniendo en cuenta ello, es oportuno analizar y reflexionar sobre cómo las nuevas manifestaciones que impactan sobre la cuestión social van generando diferentes problemáticas frente a los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

En este sentido, se considera una temática pertinente para abordar desde el Trabajo Social, dada la trayectoria de intervención profesional en este campo desde su génesis hasta la actualidad.

Asimismo, esta monografía busca realizar un aporte desde el Trabajo Social en un nuevo escenario histórico que incorpora a la salud como un derecho desde la integralidad, la equidad y la accesibilidad, con perspectiva de universalidad en la atención.

Adhiriendo a lo que plantea Cesilini, et.al. (2007:25) que "El derecho a la vida y a la salud es un derecho inalienable del ser humano, por lo que debe gozarse, ejercerse y hacerse efectivo." Es que se intentará problematizar sobre cuestiones que hacen a la inserción profesional del Trabajo Social en el campo de la salud en este contexto.

Adicionalmente, en este trabajo, se considera que la temática presenta importancia y relevancia en Uruguay en la actualidad, dadas las transformaciones en la política sanitaria, y se entiende pertinente indagar sobre el cambio en el modelo de atención propuesto por la reforma que se inicia en el año 2008. Asimismo, se examina si el mismo constituyó un período de reconfiguraciones y redefiniciones para el Trabajo Social en este campo de intervención.

[2] Entre dichas Declaraciones internacionales se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978, La Conferencia y Carta de Ottawa en 1986, entre otras.

Lejos está la pretensión de que esta monografía sea exhaustiva en el tema planteado, sino que sirva como insumo para comprender los cambios acontecidos en la política sanitaria y permita generar nuevas interrogantes entorno al quehacer del Trabajo Social en este campo, teniendo en cuenta que la realidad social nunca es estática, sino por el contrario, dialéctica, ya que se encuentra en constante transformación y redefinición.

Este trabajo monográfico se estructura en tres capítulos, en el primer capítulo, se abordaran cuestiones que refieren al proceso de medicalización y al saber/poder médico que datan desde finales del siglo XIX y principios del XX con la instalación de un modelo "Higienista" y un incipiente proceso de modernización en la sociedad uruguaya, vinculado principalmente a un cambio en las formas ideológicas y técnicas en la concepción de la medicina.

Posteriormente se presentaran los antecedentes históricos de los modelos de atención en salud para luego adentrarnos en el proceso de reforma que en los últimos años se ha suscitado, analizando las principales líneas estratégicas que lo componen y el marco legal que lo sustenta.

En el segundo capítulo se profundizara sobre el marco conceptual de los modelos de atención, intentando realizar una aproximación a la caracterización del modelo médico hegemónico, el modelo de atención integral y la estrategia en Atención Primaria en Salud (APS), buscando analizar rupturas y continuidades en los mismos.

En el tercer y último capítulo se presentara un análisis y reflexión sobre la intervención del Trabajo Social vinculado al proceso Higienista que da origen a las primeras protoformas de la profesión en este campo.

Consecuentemente se analizará la inserción del Trabajo Social a partir de nuevas problemáticas emergentes y manifestaciones de la cuestión social, que permitan enmarcar en términos generales el rol profesional frente a los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Para ello, se retomarán algunos elementos analíticos que caracterizan la práctica profesional en este campo de intervención, intentando reflexionar sobre las nuevas reconfiguraciones que hayan podido producirse en la intervención del Trabajo Social, especialmente en lo que refiere al rol que se le coloca a la profesión en el primer nivel de atención. A modo de conclusión se presentan las reflexiones finales del trabajo realizado.

Consideraciones Teórico-Metodológicas

Para adentrar en el sistema de salud en Uruguay y poder referir a la intervención profesional del Trabajo Social en este campo, se entiende importante realizar una breve recorrida por los aspectos históricamente más relevantes de los modelos de atención y los procesos que han definido y configurado la política sanitaria.

De esta forma, el Trabajo Social se incorpora en este campo para el ejercicio de su profesión siendo determinada su intervención por las estructuras que le anteceden, por el papel que se le atribuye dentro de las mismas y por las construcciones sociales imperantes en la conciencia colectiva de los distintos actores involucrados, de acuerdo al período histórico en que se lleva adelante.

Teniendo en cuenta la complejidad de la realidad social y de la temática a analizar en este trabajo, se entiende que son diversos los elementos que transversalizan la misma.

Por consiguiente, es necesario realizar un recorte del fenómeno social que se pretende estudiar a través de la delimitación de su objeto de estudio que permita ir descubriéndolo para comprenderlo y explicarlo.

Es por ello que esta monografía tiene como objetivo: ***analizar los cambios acontecidos en políticas de salud y modelos de atención y su posible incidencia en la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud en Uruguay a partir de la reforma implementada en el año 2008.***

En este sentido:

> "El trabajo Social construye su objeto de intervención, es decir, no lo extrae mecánicamente de la realidad. Los construye en base a sucesivas aproximaciones a la realidad que le permiten ir gradualmente precisando, delimitando, particularizando el objeto; y, de esfuerzo de concreción que lo integran al todo social del que forma parte." (Tobón, et.al., 1986:14).

Para ello se establecieron los siguientes *objetivos específicos*:

- Investigar el proceso histórico de los modelos de atención en Uruguay.
- Aportar a la reflexión sobre la incidencia de los modelos de atención en la intervención del Trabajo Social en este campo.
- Analizar los cambios propuestos por la reforma de la salud, y reflexionar si los mismos han generado un cambio en la demanda que se le coloca al Trabajo Social y han re significando las prácticas profesionales.

Del tema propuesto y de los objetivos planteados surgieron los siguientes *supuestos* que sirvieron de guía para el desarrollo del trabajo:

- La génesis del Trabajo Social tiene estrecha relación con las formas de intervención llevadas a cabo por los profesionales en este campo.
- El paradigma predominante sobre la concepción del proceso salud–enfermedad determina las políticas en materia de salud, y por tanto los modelos de atención.
- La reforma implementada en los últimos años reconfiguró el rol profesional y las funciones del Trabajo Social dentro de este campo en Uruguay.
- A partir de la reforma sanitaria, se modificaron y ampliaron las demandas hacia el Trabajo Social tanto en las instituciones públicas como en las privadas, a la vez que re significaron nuevas formas de intervención.

Respecto a la metodología utilizada para el desarrollo del presente trabajo, se consideró pertinente un diseño de investigación cualitativo, el cual permite indagar y profundizar el tema objeto de investigación.

Realizar un diseño de este tipo implica por un lado "(…) captar el *significado* que trata de comprender y explicar." (Valles, 2007:111) un tema de importancia social, y por otro, realizar una aproximación cualitativa a dicha problemática.

Para ello, la estrategia metodológica utilizada fue el análisis documental que permitió explorar, describir y analizar el objeto de estudio a través del relevamiento de fuentes secundarias para obtener información, teniendo en cuenta principalmente la veracidad y pertinencia de las mismas con respecto al alcance del trabajo y a los objetivos planteados.

Se analizaron documentos oficiales como ser leyes y decretos reglamentarios, documentos oficiales de instituciones nacionales e internacionales vinculadas a la temática, declaraciones y conferencias internacionales, etc., que permitieron abordar la reglamentación existente y brindaron elementos de análisis, en el entendido que "constituye un paso obligado en la investigación social en general" (Valles, 2007:109).

Asimismo, para el análisis documental se realizó una revisión bibliográfica con relevamiento de la producción teórica referida a la temática de interés, análisis de investigaciones académicas desde las diversas disciplinas que intervienen en el campo de la salud, las publicaciones disponibles en la web y se tuvo acceso a información (materiales de prensa nacional, artículos y notas publicadas en Internet, informes oficiales,

etc.) que sirvieron de insumo para una aproximación teórica de la realidad social que pudiera aportar al conocimiento del tema planteado, y que sirviera como sustento para realizar el análisis del mismo.

Tomando en consideración los dichos de Kosik (1967), el análisis se efectuó en base al entendido de que la realidad no se presenta en primera instancia como objeto de intuición, de análisis y comprensión teórica, se presenta como mundo fenoménico y para conocerla en su complejidad es necesario realizar un rodeo en la búsqueda de su esencia, elevando de lo abstracto a lo concreto el pensamiento.

Por otra parte, tomando los aportes de Bourdieu apud: Bentura (2006) para el presente trabajo se incorpora el concepto de "campo" de la salud, en el entendido que toda acción se sitúa en un campo particular dentro de un sistema de prácticas y evaluaciones definidas como "reglas de juego", donde cada agente interactúa de acuerdo a una posición relativa y en base a los recursos con los que cuenta para poder intervenir.

En este sentido podría entenderse el campo como "(…) una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones*"* (Bourdieu apud: Ortega, 2008:21).

Parafraseando a Aquín (2008), Bourdieu establece los conceptos de campo y habitus para referirse a la dinámica social; donde el campo es lo social objetivo y el habitus es lo social inscripto desde lo subjetivo. Ambos elementos determinan las relaciones dialécticas que definen las prácticas sociales de los agentes. En este sentido el campo no sólo define la posición relativa que ocupan los distintos grupos o agentes en el espacio social, sino que además establece las relaciones entre los mismos:

> "Los campos sociales son definidos como espacios de juego históricamente constituidos, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias; son espacios estructurados de posiciones, las cuales son producto de la distribución inequitativa de ciertos bienes (capitales) capaces de conferir poder a quien los posee. Espacios estructurados y jerarquizados de posiciones objetivas en los que se desarrollan combates y luchas por preservar, ocupar o subvertir esas posiciones y relaciones." (Aquin, 2008:213-214).

1. Sistema de salud y modelos de atención en Uruguay

Para comenzar a caracterizar el sistema de salud en Uruguay y poder referirnos a los modelos de atención, es importante realizar una primera aproximación a algunos elementos que permitan dar cuenta de los antecedentes históricos de la salud que definieron y configuraron no solo la política sanitaria, sino también la intervención profesional del Trabajo Social. Teniendo en cuenta que:

> "(…) toda propuesta actual sobre Trabajo Social necesariamente debe considerar una visión histórica, e incorporar dentro de sus categorías de análisis las formas de respuesta que se ha dado en el curso de su conformación" (Matus,1992:37).

1.1 Medicalización de la vida social y el saber/poder médico

Desde finales del siglo XIX y principios del XX comienza la instalación de un modelo "Higienista" y un incipiente proceso de modernización en la sociedad uruguaya.

Dichas transformaciones tomando a Mitjavila (1998), están asociadas a la medicalización de la vida social, entendiéndose por ello, a aquellos procesos por los cuales el dominio y saber médico constituyen una imposición en la vida de los individuos tipificando en términos de salud-enfermedad comportamientos que antes pertenecían a otras áreas de la vida social. Significó "la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos" (Portillo apud: Ortega, 2008:22).

La intervención medicalizada llega a controlar todas las etapas de la vida de los individuos y los comportamientos de los mismos:

> "(…) el término medicalización, en las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto de sus tradicionales dominios" (Mitjavila,1998:2).

Dicho proceso constituye uno de los aspectos centrales de la modernización en Uruguay que datan desde comienzos del siglo XX fuertemente vinculados al Batllismo, donde la salud se torna un problema político, y la higiene toma gran relevancia para la vida social con un "Estado expandido que "coloniza" prácticamente todas las dimensiones del espacio social." (Ortega, 2008:24).

De esta forma se va impregnando importancia al cuerpo como fuerza de trabajo y a la moralización de la vida social y supuso una intervención sistemática por parte del Estado asociado a transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas a nivel de toda la sociedad.

Dichas transformaciones implican desde el punto de vista de la salud, una apropiación ideológica y técnica del saber médico no sólo en el curar y el prevenir, sino también en controlar y "normalizar" el comportamiento de la vida social de los individuos evitando de esta forma conductas que se "desviarán" de los parámetros "normales" establecidos en la época.

En este sentido, se procuraba que la sociedad moldeara de alguna manera las conductas, haciendo hincapié en los efectos nocivos de la vida ociosa, en cuanto a las diversiones, el tiempo libre, etc., es decir, se trataba de imponer una vida libre de "excesos" que estaba más vinculado al proceso productivo y a las formas de trabajo, que al cuidado y promoción de la salud. (Carballeda:1994).

Tanto es así, que continuando con los aportes de Mitjavila (1992), dicha intervención medicalizada llega a controlar hasta las conductas de la población en términos de consumo (drogas, alcohol y tabaco) tipificando de esta manera "factores de riesgo" desde el punto de vista de la medicina.

Por tanto, la medicalización de la sociedad convierte al saber médico como instrumento de socialización de la vida de los individuos.

> "(El) discurso médico no es cualquier discurso. La medicina no es solo el arte de curar; es también meditación sobre el sufrimiento, la vida y la muerte. Los médicos no solo hablan de su especialidad; hablan permanentemente de la vida, la sociedad, los valores, diciéndonos así cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir" (Fernández apud: Mitjavila,1992:38).

La creciente intervención de la medicina en todos los aspectos de la vida social, el carácter técnico-científico preeminente y la función "normalizadora" del saber médico constituyen un posicionamiento monopólico y un poder legitimado de la práctica médica.

> "(…) la medicalización de la vida y de la muerte daban cuenta de una apropiación de una gran cantidad de esferas de la cotidianeidad por un campo de saber nuevo, confuso y complejo: la Medicina" (Carballeda, 2010:1).

Continuando con Mitjavila (1992) se imparte desde la "normalización" y "normatización" una invasión en todos los aspectos de la vida cotidiana de los individuos (trabajo, ocio, alimentación, etc.) pasando a ser juzgados dicho aspectos desde la visión médica a través

fundamentalmente de funciones punitivas, arbitrales y disciplinarias. En este sentido, la autora define que las funciones punitivas refieren a aquel campo de la medicina que desarrolla prácticas técnico-políticas con el fin de sancionar las conductas socialmente "desviadas". Por funciones arbitrales entiende aquellos procedimientos de la medicina que orientan juicios o dictámenes en atributos individuales de las personas, como por ejemplo aptitud laboral, etc. Y por último define las funciones disciplinarias como aquellos mecanismos coercitivos orientados al control y disciplinamiento de la población de maneras más "sutiles".

Asimismo, se imparten procedimientos de poder disciplinario sobre la vida en lo que Foucault designa anatomopolítica del cuerpo humano:

> "(…) cuerpo como una máquina: su educación, el aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las disciplinas" (Foucault, 1991:168).

Y biopolítica de la población como:

> "(…) el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad (…) todos estos controles los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores" (Foucault, 1991:168).

El análisis del poder efectuado por Foucault se fundamenta en su concepto de "tecnologías de poder", donde analiza la relación entre poder y conocimiento.

Adicionalmente, afirma que los sistemas de creencias ganan ímpetu (y por tanto poder) cuando un mayor número de individuos acepta los puntos de vista asociados con el sistema de creencias como conocimiento general, generando de esta manera un mayor grado de hegemonía.

Tales sistemas de creencias definen autoridad, como es el caso de los médicos. A su vez que las ideas se determinan como "correctas" o "incorrectas", como "normales" o "desviadas". Estas ideas, consideradas como "verdades" irrefutables, definen una particular manera de ver el mundo, y se encuentra normalizado un particular modo de vida asociada con estas "verdades":

> "El saber individualiza por que convierte a los individuos en casos, los cuales son simultáneamente objetos de estudio y de poder; son examinados, medidos, descriptos, comparados, clasificados y juzgados" (Mitjavila, 1998:29).

Frente a lo expresado, el proceso de medicalización de la vida social ha marcado la forma de intervención del Estado y el predominio del saber médico-científico, y las concepciones en salud que permearon los modelos de atención y la intervención del Trabajo Social.

1.2 Antecedentes Históricos de los modelos de atención en Uruguay

La OMS en su informe sobre la Salud en el Mundo en el año 2000 define el sistema de salud como el conjunto de instituciones, personas y todas las actividades cuyo propósito principal sea el de promover, restablecer y mantener la salud.

Igualmente, establece como funciones del sistema: i) mejorar la salud de la población, ii) generar los mecanismos para la provisión de los servicios respondiendo las expectativas de los usuarios del sistema, iii) mejorar los mecanismos de gobernanza, iv) generar recursos y financiamiento del sistema.

Tulio apud: Cesilini, et.al.,(2007:38) refiere a que el sistema de salud es:

> "(…) el conjunto de recursos humanos, materiales y económicos que la sociedad destina principalmente a la atención de sus enfermedades y a la prevención de las mismas, con énfasis en el bienestar y calidad de vida".

Los antecedentes históricos de Uruguay en cuanto al sistema de salud y al modelo de atención antes de la reforma, estaba caracterizado por un sistema mixto de articulación y gestión desde el ámbito público y privado donde la legislación fue muy diversa y cambiante a lo largo del tiempo.

Según Barrán (1993) hacia los años treinta la política sanitaria contaba con la primacía del rol médico en la atención a las familias en prácticas "higienistas" con el desarrollo de los procesos de medicalización.

En el año 1934 la Ley Orgánica Nº 9.202 establece la fusión de las dos instituciones existentes hasta el momento encargadas de la asistencia y normativa en salud, la Asistencia Pública Nacional y el Consejo Nacional de Higiene, creando en ese mismo año el Ministerio de Salud Pública (MSP) como organismo responsable de planificar, organizar, gestionar, regular, vigilar y conducir la política nacional de salud.

La intervención del Estado en las políticas sanitarias comienzan paulatinamente en las décadas posteriores a orientarse hacia la prevención marcando una diferencia en la prioridad de la atención e intervención que se venía desarrollando hasta el momento "(…)

con la asignación a lo individual de un papel relevante en la génesis de las enfermedades" (Ortega, 2008:77).

Hacia los años cincuenta comienza a reforzarse la idea de prevención y promoción de la salud con la incorporación de nuevas especialidades y profesiones que se incorporan al campo de la salud desde un rol distinto. En este contexto es que comienza a gestarse la profesionalización del Servicio Social con cursos específicos que ponen hincapié en los aspectos educativos, morales y económicos. Si bien, el rol del Servicio Social comienza a tener más relevancia que antes (como se planteará más adelante), el mismo se encontraba subordinado al rol del médico. En este sentido, lentamente las intervenciones profesionales

> "Abrieron y transitaron por nuevos caminos desplegando su potencial de transformación de la realidad, lo que significó (...) instaurar una identidad que rompía con una tradición de ser auxiliares de medicina." (Páez apud: Aquin, 2008:31).

En las siguientes décadas comienzan a tomar mayor relevancia los Centros de Salud, tanto en la creación de nuevos centros de atención, como en el control y prevención de la enfermedad. La incorporación de este nueva orientación en la política sanitaria se integra a partir de la influencia de organismos internacionales y la firma de tratados en temas de salud de los gobiernos nacionales (Ortega:2008).

En los años ochenta se dan los primeros pasos hacia una reforma del sector, con la elaboración de un Plan Nacional de Salud para la creación de un Sistema Nacional de Salud (buscando la cooperación y coordinación entre sector público y privado), cambios organizativos en el MSP y creación de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como organismo desconcentrado.

Hasta la creación de ASSE con la Ley Nº 15.903 en el año 1987, no existían antecedentes de normas globales que estructuraran al sector. Se presentaron varios proyectos de ley y seguros nacionales de salud que nunca fueron estudiados en etapa de comisiones parlamentarias.

> "Las revisiones del sistema de salud fueron prácticamente nulas desde la apertura democrática hasta el momento, a pesar de existir varios intentos de modificar ese sistema. Los diferentes gobiernos vieron frustradas sus intenciones de reformular el sector, debido a los sucesivos bloqueos políticos y corporativos planteados a las reformas propuestas." (Midaglia y Antia, 2007:136).

Por su parte, en los años noventa, se intenta descentralizar a ASSE, pero al no contar con apoyo político, dicho objetivo no pudo concretarse. Mientras tanto, se estaban produciendo cambios en el redimensionamiento del Estado, cuestión que afecta también al MSP.

Al momento de la reforma que se inicia en el año 2008, el sistema de salud en Uruguay estaba caracterizado por prestaciones asistenciales tanto públicas como privadas. Los efectores del subsector público comprenden: ASSE (Policlínicas, Centros de Salud y Hospitales), UDELAR – Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela), Intendencias Municipales (Servicios Médicos y Unidades de Promoción de la Salud), Banco de Previsión Social (BPS) (con Servicios médicos y áreas especializadas), Entes Autónomos y Servicios Descentralizados (Servicios Médicos), Ministerio de Defensa Nacional (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas) y Ministerio del Interior (Servicio de Sanidad Policial).

Mientras que los efectores del subsector privado comprenden a las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva sin fines de lucro que brindan servicios de salud integrales prepagos) y Seguros Privados de Empresas (con fines de lucro que brindan servicios integrales prepagos).

Las diferencias en el gasto por usuario entre el sector público y privado y los ingresos entre usuarios de ambos sectores, marcaban sustanciales inequidades ya que "Uno de los principales problemas del sistema es la desigualdad en el acceso a los servicios, la cual está dada por la capacidad económica del usuario (…)" (Bentura, 2006:76).[3]

Tampoco mantenían una lógica común, ni existía la coordinación ni la complementación en las prestaciones. Ello significaba grandes diferencias en la atención según el efector de salud al cual se pertenecía.

Continuando con los aportes de Bentura (2006), la atención en salud del sector público quedaba acotada a aquellas personas que por su nivel socio-económico no podían acceder a los costos de atención en instituciones privadas. Este sector contaba con un presupuesto limitado, con bajos recursos y baja calidad en la atención.

El resto de la población, accedía a la cobertura en salud en instituciones privadas mediante la cobertura en seguridad social a través de trabajo formal, o mediante el pago de cuotas desde su "propio bolsillo".

[3] Continuando con los aportes de Bentura (2006:76), afirma que "Esta desigualdad está amparada en nuestra Constitución de la República en su artículo 44 donde el cuidado de la salud es considerada un deber de los ciudadanos." Esto marcará una diferencia con lo propuesto por la reforma del sistema donde promueve la salud como un derecho de la ciudadanía, y establece que el acceso debe ser garantizado por el Estado.

Si bien el sector privado estaba orientado a población con ingresos medio, medio-alto y alto, muchos de los afiliados de estas instituciones tenían la cobertura de salud en forma obligatoria a través de la seguridad social lo que produjo que:

> "En la medida que el cobro de las tasas moderadoras para consultas, estudios y retiro de medicamentos dejó de ser solamente un mecanismo moderador de la demanda, para transformarse en un elemento clave para el financiamiento de las instituciones, determinó que un creciente número de personas tuviera cobertura formal en las instituciones privadas, pero no hiciera uso de los servicios por que los costos de las tasas moderadoras operaban como una barrera para la atención." (OPS/OMS, 2009:5).

El sector privado (mutualismo), comenzó a entrar en situación de riesgo y colapso, cuestión que se vio incrementada y llega a su punto máximo a partir de la crisis económica que azotó al país en el año 2002.

En este período se incrementó la desigualdad en el acceso al sistema de salud, ya que el aumento del desempleo determinó que aumentara la población sin cobertura a través del sistema de seguridad social, y que, las personas que tenían cobertura en las instituciones privadas no pudieran pagar las tasas moderadoras en ese sector llevando a que gran parte de la población por diferentes vías no pudiera acceder al sistema de salud. De esta manera se fueron perdiendo las posibilidades de acceso al mismo y los mecanismos de protección social (OPS/OMS:2009).

Adicionalmente, a raíz de esta crisis económica se produce un recorte de los recursos presupuestales hacia el sector público de salud, reduciendo el gasto per cápita, lo que lleva a profundizar la inequidad y la baja calidad en la atención.

En lo que respecta a la rectoría, la misma era débil en lo que refiere al rol establecido en la Ley Orgánica de creación del MSP, mientras que tampoco existía participación de los trabajadores ni de los usuarios en las instituciones de salud.

Uruguay en apoyo con la OPS en el año 2002 realiza un taller de evaluación de las funciones esenciales de la salud pública de donde se desprenden como aspectos negativos del sistema: i) el servicio y la calidad en la atención; ii) garantía en la atención en salud; iii) evaluación y promoción en salud; iv) accesibilidad de la población a los servicios; v) desarrollo y capacitación en recursos humanos de los equipos de salud. (OPS/OMS, 2009: 39).

1.3 Reforma del Sistema de Salud

A partir del año 2005 con la asunción del primer gobierno de izquierda en Uruguay comenzó a gestarse un proceso de reforma en el sector salud que aspiró hacia un cambio radical del sistema. Este proceso se desarrolló de manera paulatina con la implementación de leyes y decretos que la ampararon, contando con el apoyo y asesoramiento técnico de la OPS/OMS en el marco de acuerdos firmados y en la Estrategia de Cooperación País 2006-2011.

La instrumentación y las estrategias operativas para llevar a cabo la reforma implicaron la implementación de una estrategia progresiva, donde Midaglia y Antia (2007:147) afirman que:

> "Las innovaciones de esta propuesta se plantean en tres planos: i) en el modelo de atención en salud, a través de la jerarquización del primer nivel de atención; ii) en la forma de gestión, mediante la articulación de servicios públicos y privados, con un órgano central de gobierno -la "Junta Nacional de Salud"-, y, finalmente, iii) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, a través de la creación de un fondo único de salud -FONASA- administrado centralmente."

El cambio en el modelo de atención apuntó a brindar servicios en salud integrales, orientado hacia la mejora en la calidad de las prestaciones con oportunidad, equidad, accesibilidad y continuidad en la atención. Para ello se basa en la estrategia de APS, priorizando el primer nivel de atención para la prevención, promoción, detección temprana, cuidados paliativos y rehabilitación frente a los problemas de salud (Ley 18.211).

Apunta a un fortalecimiento del primer nivel y la intervención comunitaria en salud con enfoque desde el territorio brindando atención integral desde la interdisciplinariedad. De esta manera se buscó promover la intervención intersectorial e interinstitucional con participación activa tanto de los usuarios como de los trabajadores de la salud y de las instituciones involucradas (MSP:2010).

Esta estrategia y cambio en el modelo de atención pretende promover la salud como un derecho de ciudadanía, humanizando la atención y actuando sobre los factores determinantes de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

> "(…) no es posible lograr avances en materia de equidad en salud sin actuar sobre los factores sociales que determinan la mayor parte de los resultados sanitarios. Su relación no es sólo conceptual, sino fundamentalmente política. El disminuir las brechas sanitarias existentes entre diferentes sectores de la población necesariamente implica cambios en la estructura de la sociedad, para lo cual el fortalecimiento del rol del Estado es básico si se pretende que este

> actúe como un factor de equilibrio y redistribución entre colectivos sociales diferentes." (MSP apud: MIDES, 2005:17).

El cambio de modelo de gestión apuntó a la actualización de los cometidos del MSP en base a la nueva orientación que propone la reforma: elaboración de políticas de contralor; registro y habilitación de los prestadores de salud; control de la gestión sanitaria y financiera de las entidades; fiscalización en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), aprobación y actualización de los programas de prestaciones con carácter integral; regulación y creación de políticas de tecnología médica y desarrollo de políticas de promoción en salud, entre otros.

Adicionalmente, la Ley de creación del SNIS incorpora nuevos actores con la participación de los trabajadores y usuarios del sistema de salud en su directorio, propiciando espacios con perspectiva de ejercicio de los derechos de ciudadanía, asumiendo además el rol de contralor social sobre las políticas en salud, la ejecución de los programas y sobre los efectores tanto públicos como privados.

> "El concepto de participación social en salud hace referencia a la intervención de grupos organizados de la población en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad de la atención en salud." (CLAEH, 1992:17)

Por su parte, la descentralización de ASSE buscó separar el rol asistencial del de rectoría que debiera cumplir el MSP. Para ello ASSE se incorpora como la figura asistencial que contempla nuevas alternativas para los usuarios que acceden a través del sistema de seguridad social.

Se sientan las bases para la articulación, organización y complementación de los dos subsectores de la salud, promoviendo la coordinación interinstitucional e intersectorial para una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos existentes como medida para minimizar la fragmentación del sistema.

Otro cambio que produjo la reforma fue el modelo de financiamiento. En este sentido, se crea el SNIS como único fondo de financiamiento de todo el sistema, procurando la universalidad y equidad en el acceso de la población a los servicios de salud. Toma como principio la justicia redistributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para la población. Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para unificar los fondos de la seguridad social, incorporando posteriormente a los trabajadores públicos que antes no tenían cobertura.

Se uniformizan criterios de aportes al sistema de seguridad social y se ajustan las cuotas en base al riesgo (por edad y sexo), incorporando el plus de pago de complemento por cumplimiento de metas asistenciales llevadas a cabo a través de programas prioritarios en salud.

Este proceso de cambios y de reforma, como se ha mencionado, se dio dentro de un marco normativo y una legislación que lo ampara. En este sentido, a continuación se realizará una breve síntesis de lo expuesto anteriormente, con las leyes que sustentan dicha reforma:

- Ley 18.131 del 18/05/2005: creación del FONASA con el cual se financia la asistencia médica, siendo éste administrado por BPS. Se establece quienes son beneficiarios, la integración de los aportes a través de los diferentes prestadores de servicios de salud, y la libre elección entre IAMC y ASSE (sin doble cobertura).
- Ley 17.930 del 19/12/2005: refiere a la forma en que se implementará el sistema, basado en la complementación entre sector público y privado. Se establecen los integrantes y los aportantes del sistema de salud, a la vez que se establece como estrategia global la APS (prevención, promoción y rehabilitación) apoyada en el primer nivel de atención.
- Ley 18.161 del 29/07/2007: crea ASSE como servicio descentralizado explicitando sus cometidos con representación de trabajadores y usuarios.
- Ley 18.211 del 21/11/2007: se crea el SNIS, donde se marca la filosofía de la reforma reglamentando el derecho humano a la protección de la salud; se determinan las competencias del MSP; la composición del SNIS; a la vez que se crea la JUNASA (con sus cometidos). Asimismo, refiere al establecimiento de un sistema de atención en salud para racionalizar servicios y gastos; se establece una cobertura de atención médica integral e igualitaria, con independencia de los recursos de los personas. Por último, se refiere a los derechos y obligaciones de los usuarios del SNIS, así como la financiación del mismo, la fijación de la cuota de salud, y las tasas de aportación.
- Ley 18.335 del 05/08/2008: regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores y a los servicios de atención. A su vez, refiere al derecho de igualdad en el tratamiento y a la no discriminación.

Estos cambios reseñados, derivaron en una nueva forma de entender la salud y conformaron un modelo de atención que si bien no viene a suplir al modelo predominante

hasta el momento, intentó intervenir modificando las debilidades del mismo, para mejorar la calidad y la equidad en la atención.

Para ello, a continuación se realiza una breve caracterización de los dos modelos de atención en salud predominantes, para luego poder reflexionar sobre el tipo de atención que se ha brindado y su relación con la intervención del Trabajo Social en este campo.

2. Modelos de Atención en Salud

A lo largo de la historia se han desarrollado diversos modelos de atención en salud determinado por el paradigma explicativo sobre la concepción y desarrollo del proceso salud-enfermedad, entendiéndose por ello a los procesos tanto biológicos como sociales que realiza la sociedad bajo la construcción de paradigmas sociales y culturales de lo que se entiende por "sano" y "enfermo".

> "El modelo de atención en salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención en salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención en salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definiendo en función de la visión predominante de la salud, la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad" (Vilaça, 2011:15).

En este sentido y considerando los aportes de Carballeda, et.al. (2002), se entiende el concepto de modelo como una construcción abstracta del sistema que permite la representación, análisis y comprensión de la realidad determinada por los procesos políticos, sociales y culturales que determinan las prácticas sociales en salud, basado en las concepciones existentes en torno a la salud-enfermedad y a los procesos de curar, prevenir y rehabilitar.

Ello define las políticas en el sistema de salud, y por tanto la organización, conformación y ejecución de estrategias de atención, los modelos de intervención y las prácticas sociales concretas en este campo.

Los modelos de atención son un instrumento que orienta y ordena las prácticas de atención en salud de acuerdo a los paradigmas teóricos predominantes y a la dirección política del sistema de salud en cada contexto histórico-social. De esta manera también se va moldeando la comprensión, el rol y la intervención del Trabajo Social en este campo.

2.1 Modelo Médico Hegemónico

Tomando los aportes de Menéndez (1988:2) el modelo médico hegemónico refiere al:

> "Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta

> lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por los criterios científicos, como por el Estado."

Dicho modelo toma mayor relevancia en Uruguay con la implantación del modelo Higienista y el proceso de medicalización de la sociedad presentado anteriormente.

Siguiendo con el autor, la denominación de modelo médico hegemónico deviene del predominio del saber y poder médico que se torna tan relevante, el cual genera una hegemonía a nivel social, cultural y político.

El mismo es caracterizado por ser biologicista, enfatizando los aspectos biológicos de las personas frente a los factores socioculturales en la generación de la enfermedad.

> "La concepción biologicista de la salud sigue marcando el paso en los diferentes programas e instituciones que prestan los servicios de salud, lo cual obliga a que la atención que se ofrece tenga un carácter fundamentalmente curativo." (Hernández, 1991: 23)

Es decir, todo problema se reduce a los aspectos físicos y químicos de las personas sin tomar en cuenta otras dimensiones como ser su condición social, cultural, histórica, etc.

> "(…) la salud tiene una concepción biologicista, considerando al sujeto como pasivo, sin incluir lo psicológico o lo social. La enfermedad existe "si la veo en la célula", es decir, si es tangible, observable, verificable y fáctica." (Cesilini, et.al., 2007:68).

La prevalencia en la atención queda sujeta al acto médico centrado en el diagnóstico y curación. La intervención se circunscribe sólo al momento de la consulta, lo que genera una relación con el usuario episódica creando una responsabilidad limitada por parte del médico respecto a la continuidad en la atención de salud.

Su objetivo es el diagnóstico y tratamiento bajo un criterio de detección de enfermedades declaradas por medios técnicos y químicos, es decir, que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar la enfermedad basando su intervención en la eliminación del síntoma y en la medicalización de los problemas.

La racionalidad técnica en los procedimientos, la formación tecnocrática de los profesionales de la salud, así como las barreras disciplinarias que se establecen para la atención en salud separando competencias por especialidades, genera una división de los problemas en salud y fomenta una práctica individualista.

> "El control del cuerpo dará la gran alegoría del control social sobre una sociedad, sobre una cultura. Cada cuerpo fragmentado, desarticulado, recibiendo la especialización de la práctica, la escisión de los otros, del

> contexto, de la historia (...) Un poder que fundamentalmente marcará nuevos territorios de separación y nuevas miradas sobre éstos." (Carballeda, 1993:1).

Asimismo, se espera de la persona una actitud pasiva frente a su situación ya que el médico es el "experto" que posee el conocimiento y la autoridad, debiendo la persona limitarse sólo a seguir las indicaciones terapéuticas prescritas por el profesional. (Cesilini,et.al.:2007). De allí deviene el sustantivo de "paciente", por la condición de pasividad que se les otorga a las personas.

Siguiendo a Menéndez (1988) hacia la década de sesenta y setenta comienza a tomar mayor énfasis la dimensión social en el estudio y desarrollo de la práctica médica, por lo que se cuestionan los rasgos constitutivos de este modelo.

> "La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades de salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes (...)." (OMS, 2005).

El modelo médico hegemónico resultó ineficiente y poco efectivo por el alto uso de tecnología y farmacología que implica un nivel de alta complejidad, debido a la necesidad de atención altamente especializada. Ello provocó un alto costo del modelo de atención y la consecuente mercantilización de la enfermedad.

Asimismo, se profundiza la fragmentación e inequidad en el acceso ya que no garantiza la continuidad en la atención y la integralidad de la misma.

De esta manera, comienza a cuestionarse la intervención del Estado asociado a procesos de desigualdad social, el alto costo en la atención de la enfermedad, que no lograban mejorar los indicadores de salud de la población en base a las necesidades reales de las personas y los colectivos.

Frente a este modelo de atención, las prácticas de las distintas profesiones que intervienen en los equipos de salud quedaba parcelada, no permitiendo la complementariedad de saberes ni integralidad en la atención.

Aquí el rol profesional del Trabajo Social quedaba acotado y asociado a la asignación de recursos y acceso a los servicios sociales para la población brindados por las políticas sociales y a la atención individualizada, pero no denotaba la implicancia de los factores

sociales determinantes en el proceso salud-enfermedad, por lo que la atención quedaba fragmentada.

> "(…) ese lugar de técnicos coloca a los trabajadores sociales como auxiliares de otras profesiones, levantando las "evidencias" que surgen de la vida cotidiana de los sujetos para poder diagnosticar el "tipo de caso" en que se está trabajando (…) En este aspecto el punto de debate se centra en la resignificación de la naturaleza interventiva del Trabajo Social." (Cazzaniga, 2002:2)

2.2 Modelo de Atención Integral y Estrategia de Atención en APS

El enfoque biopsicosocial en salud comienza a gestarse en el siglo XX asociado a un cambio en el paradigma científico que incorpora una nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad. Surge como una nueva alternativa y complemento a las ineficiencias del modelo médico hegemónico, considerando aspectos sociales y psicológicos de las personas como determinantes de la salud y la enfermedad.

El marco conceptual que caracteriza el modelo médico hegemónico ya no resulta adecuado para dar respuestas a las demandas del sistema de salud.

El proceso salud-enfermedad es multicausal e implica una interrelación de diversos factores que determinan, influyen y condicionan la salud de las personas, grupos y comunidades. Es por ello que los paradigmas desarrollados al respecto se traducen en políticas sanitarias de intervención y tienen su correlación en prácticas sociales vinculadas a la atención en salud que constituyen los modelos de atención.

Lalonde (1974) en su informe sobre el estado de salud en Canadá plantea que la salud y la enfermedad no estaban condicionadas sólo por los factores biológicos o por el perfil epidemiológico de la población, sino que incorpora otros factores, entre los que resalta los aspectos socio-económicos como elementos explicativos en el origen de las enfermedades.

En este sentido, y siguiendo con los aportes del autor, existen diversos factores que inciden en el proceso salud enfermedad, que interactúan y determinan el estado de salud de una población: factores medioambientales, biológicos, estilos de vida, atención sanitaria y organización del sistema, contexto social y político[4].

[4] Medio ambientales refiere a los factores del entorno como ser el acceso a determinados servicios, el acceso al agua potable, la eliminación de excretas. Así como otros factores biológicos en cuanto a epidemiología, contaminación, etc.; el espacio físico y el territorio. Biológicos, guarda relación con los factores determinantes de la biología humana de las personas, genética, edad, género, nutrición. Estilo de Vida: creencias, conductas y hábitos de las personas, percepción y conductas de autocuidado. Atención sanitaria: refiere al sistema de salud, su organización y gestión, así como también el modelo de atención en salud. Aquí se destaca el acceso a los servicios, la integralidad y equidad de los mismos, así como las políticas de prevención y promoción de la salud. Respecto al contexto socio-político, se refiere a condicionantes

Es por ello que el modelo de atención integral o modelo biopsicosocial se basa en la concepción del proceso salud-enfermedad como un proceso multidimensional donde operan e interactúan otros factores determinantes junto con los estilos de vida de la población, los cuáles son evaluados a la hora de la realización de un diagnóstico (Ley. 18.211).

Todos los factores antes mencionados tienen directa relación en el proceso salud-enfermedad de individuos y comunidades: cada factor es determinante en sí y en su interrelación con los demás. Es por ello que, dependiendo de la concepción de salud y enfermedad se construirá un modelo de atención y una organización del sistema de salud.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la salud ya no se acota solamente a la incidencia de factores biológicos para determinar el estado de salud de una persona o el perfil epidemiológico de una comunidad, sino que se ha implementado un nuevo paradigma de salud con una visión integral. Se trata de un nuevo modelo de atención universal basado en el desarrollo de civilización europeo.

De acuerdo a lo que se ha venido desarrollando,

> "[El] modelo hegemónico ha presentado consecuencias adversas que han sido puestas en evidencia: la despersonalización del proceso de asistencia, la fragmentación de la persona en aparatos, sistemas, etapas de la vida y técnicas diagnóstico-terapéuticas, sumado a la ausencia de un referente de confianza; se han traducido en una atención inadecuada provocando insatisfacción en los usuarios. A la luz de estos hechos muchos países han reformulado sus sistemas de atención a la salud. Las premisas básicas pasaron en estos casos por una priorización del primer nivel de atención que actúa como primer contacto; nivel que utiliza recursos materiales adecuados, tecnologías apropiadas de alta calidad, donde se dan las condiciones más favorables para una atención personalizada en la que pueda desarrollarse un abordaje integral de la salud." (Rodríguez y Barrios, 2007:8).

El proceso salud-enfermedad y sus emergentes son dinámicos para cada sociedad, incidiendo de manera significativa en los niveles de salud de las personas. En este sentido se entiende pertinente realizar la construcción de un sistema de salud en conjunto con las poblaciones y comunidades priorizando las necesidades y demandas de los colectivos, debido a que, hasta el momento, la atención estaba centrada en lo curativo y no en las necesidades reales de las personas en temas de salud.

---

políticos, económico y sociales que inciden en los niveles de salud, como ser la situación habitacional, socio-económica, el nivel de ingreso y el nivel educativo. Inciden también el relacionamiento familiar y a nivel comunitario.

Es por ello que la concepción y el abordaje integral de la atención en salud incorporan todos estos factores como parte constitutiva en el modelo de atención, y establece la formación de equipos de salud interdisciplinarios para el abordaje y solución de los problemas, viendo a las personas y a las comunidades en su integralidad, no en el conocimiento parcelado y fragmentado de los sujetos.

En este nuevo modelo integral la intervención del Trabajo Social es de suma relevancia para el abordaje de los factores sociales y en el aporte de la profesión a que el sistema de salud logre romper las barreras de accesibilidad e inequidad, trabajando de manera conjunta con los otros profesionales y técnicos a fin de brindar servicios de calidad con igualdad de oportunidad y continuidad en la atención.

Es por ello que se pretende trascender el modelo de atención basado en la curación y la rehabilitación, para procurar la prevención y promoción, teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de los factores que inciden en la salud.

En el marco de la reforma *a priori* mencionada, el artículo 4 de la Ley 18.211, sección B, establece que el nuevo Sistema Integrado de Salud debiera:

> "Implementar un modelo de atención integral basado en la estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidado paliativos."

Como ya se ha mencionado antes, la reforma tuvo como uno de sus objetivos primordiales un cambio en el modelo de atención. En él se establece una atención integral como un sistema organizado de prácticas en salud bajo un enfoque biopsicosocial que incorpora nuevas dimensiones en la salud de las personas, y coloca énfasis en las dimensiones preventivo-promocional en la atención y la participación comunitaria en temas de salud, cuestión que se verá más adelante, podría haber reconfigurado la intervención del Trabajo Social.

Asimismo, se propone pasar de una atención centrada en la enfermedad a una centrada en el paciente, donde toma mayor relevancia la palabra y la historia de las personas, teniendo un rol más activo en su salud. Ya no sería el paciente "silencioso" que escucha las indicaciones de su médico, sino que toma la palabra en la definición y resolución de su problema.

Apunta a acciones preventivas e integrales con atención humanista ajustando los protocolos de actuación y las técnicas de atención que contemple el respeto al derecho a la

salud. En este sentido, tiene una visión de respeto hacia los derechos de los usuarios en pro de que los mismos tengan acceso a los conocimientos y a la información necesaria sobre su salud, fomentando la participación de todos los actores involucrados (usuarios y trabajadores). (MSP:2010).

El énfasis puesto en la promoción en salud tiene como correlato la implementación de nuevas estrategias propuestas por los organismos internacionales que apuntan hacia la intervención del Estado y de la sociedad civil sobre los determinantes de la salud, promoviendo la acción intersectorial e interinstitucional, a la vez que desarrollando y propiciando un espacio de participación comunitaria que supere el enfoque médico hegemónico y promueva la prevención de la enfermedad, y el derecho a la salud y a una mejora en la calidad de vida.

Para ello, el modelo de atención integral se basa en la estrategia en APS desde un abordaje con centralidad en las personas, los colectivos y las comunidades. Promueve acciones en el territorio con integralidad y continuidad en la atención.

En este sentido, La declaración de Alma Ata (URSS, 1978) define la APS como:

> "La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia."

La estrategia de APS y la promoción de la salud implica la integración, coordinación y complementación de los diferentes niveles de atención, abocado a una estrategia que posibilite aumentar la calidad de los servicios y ajustar acciones para que sea un nivel que resuelva el mayor porcentaje de los problemas de salud de la población.

De esta manera se busca actuar de forma oportuna en la detección y diagnóstico de las enfermedades, actuando prematuramente en la rehabilitación y reinserción, promocionando hábitos saludables.

El sistema de salud basado en la estrategia de atención en APS promueve la sostenibilidad, responsabilidad, gestión, orientación integral, integrada y continua de la atención, así como calidad en las prestaciones, políticas y programas que favorezcan la equidad.

Asimismo apostó al derecho a la salud como derecho de ciudadanía que abre paso a un rol profesional donde:

> "El Trabajo Social (…) debe asumirse como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que demanda atención como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud, así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponden." (Cesilini,et.al.,2007:42)

Implica reconocer las necesidades de los individuos y las comunidades y satisfacerlas con un marco institucional que funcione articuladamente en los distintos niveles para responder a las demandas y permita de esta manera disminuir las desigualdades sanitarias del sistema.

3. El Trabajo Social en el Campo de la Salud

En un intento de realizar un análisis y estudio de las características particulares de la intervención del Trabajo Social dentro del campo de la salud, se hace necesario realizar una breve explicación del devenir histórico de la profesión que sirva como instrumento para conocer las prácticas sociales desarrolladas por los Trabajadores Sociales frente a las cuestiones actuales, permitiendo de esta manera indagar sobre los obstáculos, posibilidades, y nuevas formas de intervención en la salud en la actualidad. Teniendo en cuenta en los dichos de (Cesilini, et.al, 2007: 117) que:

> "El Trabajo Social debe enfrentar las demandas nuevas y emergentes con un conocimiento crítico sobre la dinámica de la realidad sobre la cual y con la cual se interactúa, que debe ser el verdadero motor y sentido de la profesión." (Cesilini, et.al, 2007: 117).

3.1 Génesis del Servicio Social y el Higienismo

Podemos establecer los primeros indicios de la génesis del Servicio Social en lo que fue la instalación de un modelo Higienista a fines del siglo XIX y principios del XX en Uruguay y al proceso de modernización que dio comienzo en dicho período.

A partir del proceso Higienista es que comienza a impartirse una racionalidad técnica (instrumental) en lo que refiere al tratamiento de la cuestión social. Ello significó que la salud se tornó un problema social dentro de la agenda política, donde la higiene pública pasó a ser objeto de implantación de políticas, siendo la intervención estatal sistemática y estratégica en el control y disciplinamiento de la población.

La instalación de dicho modelo está fuertemente vinculada al proceso de secularización de la moral en la sociedad uruguaya. La moral se tornó laica, a la vez que el sacerdote fue sustituido por el médico y la salud se tornó un objetivo a alcanzar a través de una moralización técnica y significó para Barrán apud: Acosta (1998): "dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo".

Tomando los aportes de Ortega (2008), este impulso en la importancia del cuidado del cuerpo como bien apreciable es parte del proceso de medicalización de la sociedad y de la socialización del saber médico, en donde la intervención social es objeto de la medicina y el saber médico se torna parte de la ideología dominante y representante de la ciencia.

> "La medicina se constituye, a lo largo de la historia, como un conjunto de prácticas discursivas y fácticas que constituyen un campo no sólo de conocimiento sino también de dominación." (Bentura, 2006:52).

Esta relevancia que toma la salud en la atención de los problemas sociales, puede verse claramente reflejada en la atención a las enfermedades como la tuberculosis y la sífilis. Las mismas habían sido causa de muerte de muchas personas, pero recién en este contexto histórico es que son consideradas como problemas sociales y se vuelven objeto de intervención por parte del Estado.

> "(…) en ambas patologías el saber médico se vuelve contralor y disciplinante, fundamentalmente hacia las clases pobres que se estaban proletarizando y carecían de disciplina y educación; fue necesario entonces ampliar la mirada y acción requiriendo la ayuda técnica de otras disciplinas auxiliares." (Bentura, 2006:54-55).

Según Acosta (2001) una de las protoformas del Servicio Social se asocia al Hospital de la Caridad, creado en Montevideo en 1775, donde su propósito más que curar era el de cuidar a los internados. En el año 1855 éste pasa bajo la órbita de la Junta Económica-Administrativa de Montevideo a través de la Comisión de Caridad y Beneficencia. Allí estaba subordinado el papel del médico en relación a lo que se denominaba las Hermanas de la Caridad, siendo la ciencia la que jugaba el rol subordinado frente a la caridad y la fe religiosa.

Recién a partir de la Ley 3724 de 1910, por la cual se crea el Consejo de Asistencia Pública en sustitución de la Comisión de Caridad y Beneficencia, es que se produce un proceso de cambio en el cuál el papel del médico pasa a ser primordial en la atención a la salud, y las Hermanas de la Caridad pasan a ser subordinadas de la "clase médica"[5]. A su vez, en dicha Ley se establece el derecho de la asistencia pública a todos los individuos de recursos escasos.

En este contexto ya se habían creado un sin número de Hospitales a lo largo de todo el territorio nacional, a la vez que se crean las Asociaciones de Socorros Mutuos de Inmigrantes. Se producen cambios en la jerarquización de las instituciones de salud, pasando las mismas a ser dirigidas por médicos.

Una de las instituciones de mayor relevancia en la sociedad uruguaya de esa época era la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, fundada en 1902 y que en 1913 pasa bajo la órbita de la Asistencia Pública. Dicha Liga tenía como cometidos evitar la propagación de la enfermedad y brindar ayuda económica a los pacientes. Para cumplir dichas tareas contaba

[5] Acosta (1998) denomina "clase médica" a aquel movimiento jerárquico por el cual los médicos dejan de estar en una posición de subordinados y pasan a tener un poder hegemónico e indiscutible en la sociedad.

con un "cuerpo de inspectores" que "visitaban" a los pacientes en el domicilio con el fin de estudiar la situación socio-económica para evaluar si se les brindaba apoyo económico. En el caso que así fuera, se realizaban "visitas" domiciliarias cada quince días con el fin de corroborar que el paciente y su familia cumplieran con las medidas profilácticas y la higiene del hogar. A su vez se les instruía a las familias sobre la administración financiera del hogar, verificando que los pacientes no usaran la ayuda económica para el consumo de vicios como el alcohol y otros. Dentro de este cuerpo de inspectores puede verse uno de los embriones del Servicio Social:

> *"*Las damas de la Liga contraloreaban discretamente en los hogares de los enfermos las provisiones y demás efectos que (se) suministraban (y llevaban) al seno de esos hogares la palabra de alivio y la cariñosa prédica del bien aunando así su acción a la del médico y sus auxiliares" (Barrán en Acosta, 1998:17).

Continuando con los aportes de Acosta (1998), de esta manera se puede ver claramente la función del "inspector" en el control de las condiciones sociales de los enfermos, que más allá del cuidado del cuerpo, se transmitían pautas de comportamiento social hacia las clases más pobres, siendo el subsidio económico la vía de coerción para conseguir cambios en las pautas culturales de los individuos.

Otro de los indicios del Servicio Social fueron las "enfermeras visitadoras" de la Cruz Roja a partir del año 1925. Dicho rol era de auxiliar al médico en las instituciones sanitarias para atender la situación social de los enfermos y su familia, a partir de la intervención en las condiciones de vida, laborales y sociales. Aquí se marca una diferencia en lo que respecta a la función de este agente sanitario, ya que no sólo se trata de controlar el cuidado del cuerpo y el medio ambiente para curar enfermedades infecciosas como la tuberculosis, sino que se trata de una intervención en todos los niveles de la vida social de los individuos.

A partir de allí y entre los años 1925 y 1930 a solicitud de la clase médica se crea:

> "[Un] cuerpo de visitadoras sociales (…) para emprender las modernas luchas profilácticas, (que concurrirán) a los hogares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales (y levantar) la ficha social, tan necesaria y tan importante como la ficha médica, contando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. (Ellas serían) "encargadas de enseñar cómo debe hacerse de un modo razonado y apropiado" la distribución del socorro que el Estado daría en medicamentos, abrigo y dinero a las familias de los pobres tuberculosos" (Barrán, 1998:19).

Con la creación de la Facultad de Medicina en 1927 comienzan a gestarse los primeros cursos de Servicio Social. Posteriormente, en el año 1936, se crean cursos de formación de "visitadoras de higiene" en la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social, bajo la órbita del MSP (creado en 1934). Dichos cursos capacitaban a mujeres para luchar contra las enfermedades y los vicios sociales, promulgando una formación con base científica, moral y psicológica. (Bentura, 2006).

En 1954 por decreto del Poder Ejecutivo, se crea la Escuela de Servicio Social dependiente del MSP, la cual fue cerrada en 1967 y sus estudiantes como formadores pasaron a revalidar títulos y a continuar dichos cursos en la Escuela Universitaria de Servicio Social.

Paralelamente en 1937 se inician cursos de "Visitadoras Sociales" en la Escuela de Servicio Social del Uruguay, fundada a partir del apoyo de la Unión Católica Internacional de Servicio Social.

Entre las diversas denominaciones que surgieron a lo largo del proceso histórico ("cuerpo de inspectores", "enfermeras visitadoras", "cuerpo de visitadoras", "visitadoras de higiene") debe resaltarse la continuidad que hay entre unas y otras. Éste agente surge de la atención a los problemas socio-sanitarios por parte del Estado, vinculado a un rol subordinado del médico. La "visitadoras sociales" emergen como auxiliares del médico en lo que respecta a la instrucción de las clases pobres sobre hábitos y comportamientos del enfermo y su familia, influyendo sobre el medio ambiente del mismo y brindando toda clase de datos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. A su vez dicho agente debía de propiciar de intermediario entre el paciente y el médico, facilitando de esa manera el tratamiento para la enfermedad.

Además, debe tenerse en cuenta que el perfil de la "visitadora social" corresponde al de la mujer, ya que la misma (bajo estereotipos de género) trae implícitas cualidades de cariño y afecto, con la habilidad de conseguir los cambios requeridos para las familias.

3.2 Inserción del Trabajo Social en el contexto actual

Conocer el rol y la intervención que realiza el Trabajo Social en el campo de la salud en la actualidad implica la comprensión y explicación de las problemáticas sociales en la salud que referencian al contexto donde se desarrollan, así como la vigencia y primacía de los paradigmas explicativos provenientes tanto de las ciencias sociales como de las ciencias de

la salud. En el entendido que, ello enlaza tanto el conocimiento como las prácticas sociales que imprimen relevancia para el Trabajo Social en este campo.

Mondragón y Trigueros apud: Vázquez, et.al. (2014) plantean que existen diversos enfoques para analizar la práctica profesional del Trabajo Social en el campo de la salud. El primer enfoque de análisis es de tipo clínico y busca enfatizar el diagnóstico psicosocial del problema que afecta el proceso salud-enfermedad, donde la intervención se desarrolla mediante un enfoque de tratamiento individual y familiar.

El segundo enfoque se basa en la teoría crítica y postula que los problemas de desigualdades sociales producen los problemas de salud, por lo que la intervención se desarrolla a nivel estructural procurando que se generen cambios que impacten sobre los indicadores sociales y estos modifiquen los indicadores de salud buscando mitigar las desigualdades sociales.

En concordancia con lo anterior y tomando en consideración los aportes de Laurell (1986), hacia la década del 70 comienza el surgimiento de un nuevo paradigma en América Latina sobre la concepción del proceso salud-enfermedad denominado "medicina social" que pretende dar respuesta al deterioro creciente de la salud colectiva.

Si bien esta orientación no era reciente, comienza a tomar mayor fuerza en este período histórico debido a los cuestionamientos tanto desde el ámbito científico, como de las demandas de los movimientos sociales en pro de mejorar las condiciones de salud.

Se evidenciaba para ese entonces un aumento de las problemáticas en la salud, cambios en el perfil de morbi-mortalidad, y el incremento de la desnutrición, especialmente en la infancia, pese al incremento del gasto en salud.

En este sentido, el modelo de salud científico hegemónico predominante resultaba insuficiente para dar respuesta de manera efectiva para mejorar la salud de la población.

Asimismo, como ya ha sido analizado en capítulos anteriores, se agudizaron los procesos de desigualdad social y la creciente estratificación de los sistemas de salud con la expansión y mayor sofisticación de la medicina privada, dando lugar a una mayor precariedad de la atención a nivel de la salud pública generando de esta manera un acceso diferencial al sistema (Laurell, 1986).

Es así que la medicina social surge como expresión de los procesos sociales y parte de la idea de que para analizar los fenómenos de salud y enfermedad de la población, es necesario contextualizarlos en el marco de los acontecimientos económicos, ideológicos, culturales y políticos; y no sólo en los aspectos biológicos de las personas.

> "Actualmente, existe una nueva forma de pensar y de actuar en salud. La medicina individualista y personalizada fue cediendo espacios al trabajo en equipo y a la medicina integrada." (Cesilini,et.al, 2007:44).

Es a partir de allí que comienzan a tomar mayor relevancia otros factores en el proceso salud-enfermedad, con fuertes raíces sociales y con una fuerte preocupación por los problemas emergentes de los grupos sociales más desfavorecidos y con mayor vulnerabilidad social. Asimismo, comienza a impartirse la idea del carácter social de los procesos biológicos y "se comenzó a entender la cuestión sanitaria como algo vinculado a lo social" (Cesilini et.al, 2007: 71).

> "La salud está, obviamente, condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social; y la enfermedad hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo. En síntesis, la salud es un producto histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto." (Cesilini,et.al, 2007: 72).

Frente a ello, comienza a asumirse que los factores sociales inciden no sólo en la salud sino también en los factores de riesgo[6]; y explican el perfil de morbi-mortalidad de la población.

Asimismo, las condiciones medio ambientales como ser aspectos relacionados con el acceso a los servicios básicos como el agua potable, la calidad de la vivienda y los mecanismos de eliminación de excretas, entre otros, tienen gran incidencia en los niveles de salud de la personas.

Las teorizaciones y los paradigmas explicativos del proceso salud-enfermedad comenzaron a incorporar la producción social y los acontecimientos histórico-sociales específicos como elementos explicativos. Como consecuencia de estos cambios se hizo necesario comenzar a analizar la salud-enfermedad como un proceso social multicausal y multidimensional donde intervienen procesos económicos, políticos, ambientales y sociales.

Se comienza a superar la visión evidente de estos procesos, para incorporarlos con rigurosidad teórico-metodológica que permitan comprenderlos en su complejidad y como totalidad social, y enmarcar los determinantes de la salud frente a las problemáticas sociales emergentes, ya que hoy en día acudimos a nuevas y distintas formas de padecimiento de la cuestión social.

[6] "Factores de riesgo: son aquellos que favorecen o precipitan la aparición de la enfermedad, o una vez instalada la misma empeoran su pronóstico."(Conde, et.al, 1998:110).

En este sentido la cuestión social es entendida por Iamamoto apud: Pastorini (2001:91) como las:

> "(…) expresiones del proceso de formación y desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo el reconocimiento como clase parte del empresariado y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención, más allá de la caridad y de la represión.".

Vale contextualizar que dichas expresiones comienzan a partir de las luchas y movimientos sociales desde el siglo XIX para mejorar las condiciones de vida del proletariado frente a las disfuncionalidades de la sociedad industrial.

Existen muchas teorías sobre las manifestaciones de la cuestión social en las sociedades contemporáneas. Muchas de ellas establecen el nacimiento de una "nueva cuestión social", otras determinan que se trata de las mismas manifestaciones con connotaciones distintas, entre tantas teorías sobre el tema principalmente desarrolladas sobre las Ciencias Sociales.

> "Más allá de la discusión de si estamos frente a un *orden social* con nuevos problemas o simplemente se trata de viejos problemas que se reeditan en nuevas formas de expresión de *la cuestión social en la sociedad capitalista,* el Trabajo Social no puede eludir la consideración de los *antagonismos paradojales* (….) profundización de las desigualdades, la agudización de los procesos de exclusión y pobreza, las crisis personales y familiares, las pérdidas de ciertos lazos comunitarios y expresiones de intersubjetividad social (…)" (García, 2001:34).

Las nuevas reconfiguraciones en el sistema de producción y las formas de reproducción social producto de la aceleración del proceso de apertura económica a la región y al mundo que comenzó en los años setenta se dio de forma muy vertiginosa, y es por ello que el mercado internacional comenzó a tornarse el objetivo de la producción.

Es así que, hacia los años ochenta el incremento del desempleo, las precarias condiciones laborales y la aparición de nuevas formas de pobreza[7], advertían la aparición de nuevas y emergentes problemáticas sociales.

En el contexto actual son diversos los nuevos padecimientos y problemáticas sociales que han surgido en América Latina en los últimos años fruto de crisis económicas y políticas; con su consecuente efecto sobre lo social. Específicamente Uruguay hoy se encuentra en

[7] Para Cesilini, et.al., (2007:49): "(…) la pobreza entraña mucho más que la falta de ingresos para sobrevivir frente a las necesidades mínimas de subsistencia. Por lo tanto, al estar privados de un acceso equitativo a los mercados y las instituciones, las personas que viven en la pobreza sufren marginación y exclusión social, por lo que la pobreza también refleja la falta de gravitación política de los afectados, que se traduce en una carencia de poder (…) que los mantiene aislados, vulnerados e imposibilitados de liberarse de lo que los encadena a esa situación."

período de recesión económica que conlleva a diversos y complejos efectos tanto económicos como sociales generando nuevas demandas y resurgiendo otras.

> "Estas nuevas configuraciones de "lo social" redefinen el campo de acción profesional y las condiciones para la intervención ya que este es el espacio en el que opera el Asistente Social siendo que el objeto de conocimiento autorizado para nuestra profesión se ubica en la "*cuestión social*". (Bentura, 2006:124).

La inseguridad del mercado laboral, la flexibilización y la pérdida del mismo, genera que grandes masas de población se encuentren en situaciones precarias, muchos de ellos en el mercado informal de empleo, y otros quedan por fuera del mismo.

Castel (1997) plantea que en el mundo del trabajo se han desencadenado diversas dificultades como ser el incremento del desempleo, la precarización e informalidad de las condiciones de trabajo, la flexibilización laboral, la exigencia de una mayor calificación de los individuos y la ruptura de las trayectorias en las historias de inserción, cuestiones que llevan a una desestructuración de la "sociedad salarial".

Muchos de los que se encontraban formalmente en el mercado de empleo hoy ya no lo están, o se encuentran de manera informal e insegura. Ello lleva a que los niveles de pobreza e indigencia se incrementen, profundizando la injusticia social y la desigualdad.

Consecuentemente, surgen nuevas problemáticas sociales y nuevas demandas al Trabajo Social, no sólo desde la perspectiva del padecimiento estructural de muchas personas, sino desde el propio sentir, producto de altos grados de exclusión.

> "Desde esas nuevas expresiones del padecimiento se da cuenta de la inscripción subjetiva de los efectos de la pérdida de centralidad del estado y de la perspectiva necesaria de abordaje de estas cuestiones desde los derechos sociales poniéndolos en acto desde la intervención del Trabajo Social." (Cesilini, et.al, 2007: 14).

Todos estos procesos se han ido incrementando en las últimas décadas asociados a procesos de fragmentación y pérdida de lazos sociales y redes vinculares tanto primarias como secundarias. Acudimos a un proceso de desafiliación de muchos sectores de la población que quedan excluidos y que padecen las consecuencias y la pérdida de las formas típicas de socialización y participación en redes sociales.

Ya no se trata sólo de algunos sectores que no logran insertarse en la lógica capitalista, sino que las problemáticas sociales se tornan cada vez más complejas, lo que implica que cada vez más personas sientan vulnerados sus derechos.

> "En este nuevo escenario de lo social, en situaciones de crisis como las que vivimos actualmente, algunos interrogantes, dudas y preocupaciones que acompañaron al Trabajo Social en todo su recorrido histórico vuelven a hacerse presentes, esta vez con mayor fuerza, dada la profundidad de los cambios sociales, marcados profundamente por lo acucinante de la pobreza y la exclusión social en sus diferentes formas y manifestaciones." (Cesilini, et.al, 2007: 97).

Carballeda apud: Mariana Tundidor (2013) indica que desde el discurso muchas veces se promulgan los derechos de la población, pero desde la intervención en la vida cotidiana de las personas y comunidades, resulta más amplia la brecha en el ejercicio real de esos derechos y en la igualdad de oportunidades. Existe una diferencia sustancial entre la "promesa" de superar las desigualdades y la intervención sobre las mismas, es decir, actuar sobre nuevas problemáticas sociales que impliquen nuevos mecanismos de intervención en salud que permitan desnaturalizar y problematizar las necesidades de las personas.

En este sentido Rozas (2001:21) afirma que es necesario formular un aporte desde el Trabajo Social que:

> "(…) consiste en analizar la relación entre Intervención Profesional y cuestión social, como campo problemático, en tanto éste expresa las diversas manifestaciones de dicha cuestión social en la vida de los sujetos con los cuales se desarrolla el proceso de intervención (…) Entender en esta perspectiva la Intervención Profesional nos permite avanzar en la construcción de mediaciones conceptuales que den cuenta de los nexos existentes entre dicha intervención y la cuestión social."

La complejidad de la cuestión social en la coyuntura actual llevó a brindarle más atención a los factores sociales determinantes del proceso salud-enfermedad (Bentura, 2006) surgiendo diversas interrogantes actuales de la intervención frente a estas nuevas expresiones, debiendo relacionar la construcción de la demanda hacia el Trabajo Social en el campo de la salud con una visión social y contextual de las problemáticas sociales.

> "(…) entender las particularidades de las múltiples expresiones de la cuestión social en la historia de nuestra sociedad consiste en explicar los procesos sociales que las producen y reproducen y al mismo tiempo comprender cómo influencian a los sujetos sociales que la vivencian en sus relaciones sociales cotidianas. Es en ese campo que se desarrolla el trabajo del asistente social, en el que debe aprehender cómo la cuestión social en sus múltiples expresiones es vivida por los sujetos en sus vidas cotidianas." (Iamamoto apud: Aquín, 2008:107).

Desde finales del siglo XX e inicios del XXI en América Latina fueron diversos los costos sociales que trajo aparejado el nuevo modelo de desarrollo capitalista con la apertura económica, la reducción del Estado y la liberalización financiera (Midaglia y Antia, 2007).
La matriz de protección social y bienestar uruguaya desde ese período se había consagrado en un marco de políticas sociales de carácter universalistas en materia de educación, protección laboral y salud, lo que marcó una fuerte presencia del Estado de Bienestar.
A partir de los años noventa comenzó a instalarse y a profundizarse la lógica del mercado como proveedor de ingresos y bienestar, por lo que se dio un proceso de reformas sociales.

> "(…) el modelo neoliberal, implementado en los países del capitalismo avanzado en la década de los '80 y en los países periféricos en la década del '90, modificó sustancialmente la dinámica social, económica y política y, obviamente, la propia dinámica de la profesión." (Parra apud: Cesilini, 2007:32).

Dichas reformas se basaron en la mejora de la competitividad de la economía en un nuevo escenario de apertura comercial y de integración regional e internacional como se mencionó. Para ello, se plantearon objetivos como ser el aumentar la productividad y la calidad del gasto público, mejorar el uso de los recursos, elevar la calidad de los servicios y mejorar la gestión pública orientada a la búsqueda de resultados.
Ello derivó en un recorte del Estado en la asignación del gasto público para políticas sociales.

> "(...) se deterioraron una serie de prestaciones, esencialmente las de seguridad social, salud y educación, a partir de la definición de nuevas pautas de asignación del gasto público." (Midaglia y Antia, 2007:134).

Al decir de Midaglia (2006) dicho proceso comenzó a darse de forma gradual lo que resultó en un sistema híbrido de prestaciones en el sistema público[8], debido a que algunas políticas se mantuvieron mientras que otras fueron recortándose.
Moreira (2003) plantea que desde el año 1995 se aprobaron una serie de reformas para la modernización del Estado uruguayo con la finalidad de mejorar la eficiencia, la eficacia y la calidad en la administración y lograr un fortalecimiento institucional.

[8] Pierson en Midaglia y Antia (2007) indica que los procesos reformistas se dieron en base a tres categorías analísticas: la recalibración referida a las modificaciones de la política social en el marco de responder a las demandas surgidas del sistema de protección y a la corrección de las disfuncionalidades del sistema de mercado; la re-mercantilización donde se da paso al mercado como medio de provisión del bienestar social; y por último, la contención de los costos para disminución del presupuesto asignado a las políticas sociales, y por tanto el recorte del gasto público.

Dicho proceso, se dio en forma gradual y persistente bajo determinadas etapas previstas con la finalidad de fortalecer el rol del Estado como un elemento estratégico, en pro de mejorar la gestión ante las nuevas prioridades del país.

En este período de reformas del Estado, las repercusiones en el sistema de salud no fueron significativas. El sistema político uruguayo tuvo grandes dificultades para instrumentar reformas estructurales en este sector, en comparación con el resto del sistema.

Asimismo, en las últimas décadas continuó el aumento del gasto en salud pese a que no se vio reflejado en un mejor funcionamiento del sector, sino que por el contrario, se agudizaron los procesos de desigualdad en el acceso y pérdida de calidad en la atención. (Midaglia y Antia, 2007).

Sumado a lo anterior, la reforma administrativa del Estado sí repercutió en el inicio de un proceso de redimensionamiento para la salud, que intenta la descentralización de ASSE y repercute a nivel de todo el MSP:

> "(…) el sistema de salud experimentó durante la década de los 90 una serie de presiones estructurales, asociadas al cambio demográfico y a la transformación del mercado de trabajo, que impulsan la transformación de su naturaleza social y solidaria" (Mancebo y Narbondo, 2010: 202).

Hacia el siglo XXI se agudizaron los procesos sociales que se venían arrastrando desde décadas anteriores con el crecimiento de la pobreza e indigencia, mayor inequidad y profundización de la fragmentación social producto de diversos factores políticos, económicos y sociales. Estos procesos tuvieron incidencia en detrimento de la inequidad en el acceso al sistema de salud y a la calidad del mismo.

El mercado comenzó a tener un rol protagónico con el desarrollo de la política neoliberal, disminuyendo la participación del Estado en las políticas públicas y como garante de acceso de la población a las prestaciones sociales y a la cobertura en seguridad social.

> "(...) con la reducción del gasto social público destinado a las políticas sociales y con la focalización de los beneficios sociales, los servicios brindados por el Estado de los gobiernos de orientación neoliberal se encuentran substancialmente modificados en un triple sentido: por un lado, presentan una reducción en la variedad de los servicios ofrecidos a la población. Esos cambios también son notorios en relación a su cantidad, ya que se encuentran reducidos numéricamente y obviamente sus beneficios también lo están. Conjuntamente con las dos variables anteriores, percibimos un deterioro en la calidad de los servicios sociales públicos, esto significa que, en el contexto neoliberal los beneficiarios de las políticas sociales (reducidos numéricamente y selectivamente escogidos) se encuentran con un sistema de servicios sociales

> poco variado, cada vez más empobrecido y con menor calidad y cantidad" (Pastorini, 2001:161).

Es así que comenzaron a instaurarse programas y políticas específicas con acciones destinadas a abordar las problemáticas de los grupos más vulnerables.

> "La Administración Central realizó una reestructura interna de sus organizaciones con el fin de focalizarlas hacia un producto estratégico, lo que derivó en reducciones de personal y transferencia de servicios a empresas y organizaciones de la sociedad civil" (Ramos, 2009:17).

En el año 2005 cuando asume el primer gobierno de izquierda en Uruguay surgieron múltiples interrogantes de cómo se iba a conducir la política del país en esta nueva coyuntura marcada por la agudización de la pobreza y la desigualdad social.

Frente a esta situación el nuevo gobierno propuso una serie de reformas programáticas[9] entre las que se destacan la implementación de políticas con intención universales e integrales para paliar las problemáticas sociales coyunturales, y políticas de corte focalizado para la atención de los sectores de la población que presentaban mayor vulnerabilidad y exclusión social.[10]

Realizando un abordaje comparativo con las tendencias en políticas sociales desarrolladas a partir de la década de los 90 de corte focalizado, la reforma plantea la universalización de la política sanitaria. Es así que la salud se plantea como un objetivo nacional de carácter universal y equitativo para mejorar las condiciones de acceso y atención de la población.

Por otra parte, y en el marco de este proceso de reformismo, la salud fue una de las reformas más radicales instrumentadas por el gobierno en cuanto a la dimensión de los cambios propuestos. En este sentido, se instauró una nueva orientación en la política sanitaria, buscando intervenir sobre los factores sociales determinantes del proceso salud-enfermedad asumiendo que:

> "La transformación de lo transformable a partir de la intervención conjunta en el proceso social de salud-enfermedad local, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población" (Conde, et.al, 1998:14).

[9] Dichas propuestas y reformas abarcaron a grandes rasgos la reinstalación de los Consejos de Salarios, el desarrollo de Programas Sociales dirigidos al combate a la pobreza y a la vulnerabilidad social, la apertura de un Diálogo sobre la Seguridad Social, y la reforma del Sistema de Salud.

[10] "Las problemáticas vinculadas a la *pobreza y vulnerabilidad* han sido relativamente privilegiadas por esta Administración. En este plano se lanzaron tres medidas de distinta naturaleza y proyección. Dos de ellas refieren a programas dirigidos a cubrir las necesidades básicas o específicas de grupos en situación de carencia o exclusión social -Plan de Emergencia y Plan de Equidad-. La tercera, en cambio, es una iniciativa de carácter estrictamente institucional relativa a la creación del Ministerio de Desarrollo Social encargado de instrumentar y monitorear los programas mencionados, a la vez de coordinar el conjunto de prestaciones sociales que brinda el estado." (Migadlia y Antia, 2007:144).

Asimismo, se estableció como filosofía central el derecho humano a la protección de la salud, a la equidad, la atención integral y al acceso universal, independientemente de los ingresos de los usuarios. Como complemento de ello, Tulio en Cesilini, et.al. (2007:33) señala que la salud:

> "(…) es un derecho fundamental de todos los seres humanos…implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga una persona para pagar los servicios."

Se podría decir que la reforma de la salud tuvo características particulares, dado que supuso además aspectos relacionados con la ampliación del bienestar, un cambio profundo en la estructura y modernización del Estado, y la relación de éste con el mercado y la sociedad civil. En este sentido la OPS (2002:11) refiere que

> "El gobierno desarrolla un proceso de reforma del sector salud, con énfasis en la descentralización orientado a mejorar la eficiencia y la eficacia, y a racionalizar el gasto aspirando a una atención de calidad".

Como se ha venido analizando, la salud está condicionada por los procesos sociales como expresión de lo colectivo. Implica entender a la salud como manifestación de la cuestión social expresada de manera individual y colectiva, como emergente de una situación más compleja por lo que se necesita abordarla de una manera integral.

Frente a ello, el modelo de atención integral implementado, basado en políticas de salud articuladas y programas integrales, pretendió abordar la complejidad de la realidad social a partir de políticas transversales en materia de salud.

Se podría pensar *a priori* que la reforma de la salud abre un nuevo abanico de posibilidades de intervención del Trabajo Social desde la promoción en salud de acceso universal e integral, e "(…) intervenir basando su actuación profesional en la igualdad de oportunidades y en el logro de una justicia social equitativa" (Cesilini, et.al., 2007:104); que permita un real acceso a la igualdad de oportunidades y fomente la participación desde los derechos y no sólo se limite al acceso a los denominados "beneficios sociales".

Lo anteriormente expuesto abre paso a pensar las nuevas manifestaciones de la cuestión social en clave de una participación real de las personas, desde el ejercicio de los derechos y desde la igualdad de oportunidades.

En concordancia con lo anterior, se vislumbra la intervención profesional y accionar de las instituciones desde una perspectiva de reinserción social, fomentando la reconstrucción de los lazos sociales y el desarrollo de la participación activa tanto individual como colectiva

en la búsqueda de soluciones y de redes de contención y apoyo para mejorar la salud de la población.

Se podría considerar que este contexto histórico-social puede haber significado un desafío para el Trabajo Social y las intervenciones sociales en este campo, tomando en cuenta el devenir histórico de la cuestión social y las expresiones concretas en el escenario actual, aportando nuevos instrumentos y herramientas que permitan abordar las problemáticas sociales complejas desde la praxis concreta en los espacios institucionales y comunitarios en salud en los que se interviene.

> "[El] Servicio Social no puede funcionar apropiadamente sólo como un servicio facilitador, o para suplementar las actividades de otros profesionales, sino que trae una contribución única y sustancial basada en la naturaleza social del problema y del programa de salud, basada en el componente psico-social en la enfermedad y atención médica, como elemento fundamental en la atención integral del paciente." (Páez apud: Aquin, et.al., 2008:31).

3.2 Demandas hacia el Trabajo Social en el contexto actual

De acuerdo a los elementos analíticos presentados anteriormente, a continuación se expresarán algunas cuestiones respecto de la caracterización de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud. En este sentido, se reflexionará sobre el rol que se le asigna al Trabajo Social en la institución, a la vez que se intentará problematizar sobre los diferentes perfiles de demanda y los cambios acontecidos en los mismos a partir de la reforma del sistema.

Se trata de analizar si el cambio de modelo de atención significó para los Trabajadores Sociales insertos en este campo nuevos desafíos y exigencias que deberá responder reflexionando y reorganizando su saber-hacer, su inserción e intervención profesional.

Tomando en consideración los aportes de De Robertis (2009: 212):

> "Lejos de nosotros la idea de que una profesión es un cuerpo inmóvil y un hecho dado una vez por todas. Las profesiones, y la nuestra en particular, están en constante proceso de construcción y de de-construcción. Una profesión está en movimiento, recibe y emite fuerzas a veces contradictorias."

En base a lo anterior, se puede pensar que existen diversas interrogantes para el Trabajo Social actual que tiene que ver con su objeto, su base teórica y las intervenciones que se realizan, debiendo aggiornarlas a las necesidades y a los problemas sociales en la coyuntura actual, a la vez que implica una revisión sobre la teoría y la práctica desarrollada que permitan:

> "Problematizar en qué medida los modelos de atención y los servicios de salud pueden consolidar exclusiones y violentar los derechos humanos básicos ó, por el contrario, potenciar procesos de aprendizaje en salud, promover valores de autocuidado - socio cuidado, fomentar la participación ciudadana y el control social sobre la gestión de los servicios, y promocionar la calidad de vida." (Güida, 2012:5).

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, como se ha presentado, formó parte de la historia de la profesión en la prevención de la enfermedad y en la mejora de las condiciones de salud de la población. Si bien dicha intervención profesional en sus comienzos se orientaba hacia la alimentación, medidas para el cuidado de los "enfermos", cumplimiento de las medidas profilácticas, situación socioeconómica, etc.; al día de hoy han habido diversos cambios históricos que configuraron un nuevo rol profesional en la salud, redefiniendo las prácticas en los diferentes niveles de atención, que construyen "un área de intervención del Trabajo Social que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral" (Galeana, 2005:147).

Muchas veces las demandas[11] que se le colocaban al Trabajo Social en este campo derivaban de la propia medicina en cuestiones que "escapaba" a sus funciones. Pero las mismas llegaban en ocasiones (y cabe preguntarse si eso sucede en la actualidad), con un carácter de "urgente" ligadas más al "hacer" y a buscar soluciones inmediatas.

> "Desde el ángulo del Servicio Social a menudo su acción se inicia ante la atención de urgencias del momento, el suicida, el alcohólico, el niño distrófico, el maltratado, el bacilar, etc., o sea que se trabaja a demanda. Allí comienza nuestro trabajo con la urgencia de encontrar la solución paliativa inmediata para ese usuario, pero debe quedarse allí? […] el Servicio Social debe conocer las causas y el proceso de esos problemas sociales, su evolución hasta llegar a la crisis actual" (Acosta, 1987:14).

Históricamente las demandas estaban fuertemente asociadas a la administración de los recursos otorgados por las políticas sanitarias, y por las políticas sociales en general.

Si bien dicho rol aún continúa desarrollándose en la actualidad y es parte constitutiva de la práctica profesional, dichas intervenciones comenzaron a orientarse hacia temáticas más definidas a partir de las líneas estratégicas en políticas de salud, sin dejar de lado la administración de los recursos.

[11] De Robetis (2003: 94) define la demanda como "acción de pedir, de hacer saber a alguien lo que uno desea de él. Una demanda es una acción, un acto realizado por el usuario (cuando es el que tiene la iniciativa del encuentro con el Trabajador Social). Hacer una demanda al Trabajo Social implica una movilización de la persona (o grupo), con el fin de encontrar una solución al problema que quiere resolver y así recluir la frustración y el sufrimiento que entraña la necesidad".

> "El Trabajo Social no tiene únicamente como rol el poner al servicio de las personas los recursos existentes, se trata también de adaptar dichos recursos a la situación específica de los solicitantes. Más aún, para hacer frente a nuevos problemas sociales emergentes, el trabajador social concibe y crea nuevos recursos a través de proyectos elaborados a partir de un diagnóstico social establecido." (De Robertis, 2009:204).

El cambio del modelo de atención puede haber significado un período de redefiniciones para el Trabajo Social en este campo, lo que puede ser visto como una oportunidad de reflexión sobre su rol profesional, las funciones y el lugar que ocupa en los equipos de salud, y en la conformación de su identidad profesional.

El nuevo sistema de salud impartido a partir de la reforma, implicó un cambio en el modelo de gestión en la redefinición y el reforzamiento del rol del Estado en el control de las instituciones privadas que perciben recursos públicos, cuestión que es extendida tanto a las mutualistas y seguros privados de salud, como a las empresas tercerizadas que prestan un determinado servicio en un centro de salud público.

Y es así que el nuevo rol del Estado es el de auditor, evaluador y fiscalizador en el cumplimiento de los objetivos propuestos llevado adelante por diversos prestadores de servicios de salud tanto de la órbita pública como privada (Mancebo y Narbondo, 2010).

En este sentido, el MSP en su rol de rectoría establece lineamientos estratégicos para la concreción de los objetivos nacionales sanitarios a partir de políticas poblacionales orientadas a mejorar los niveles de salud de la población creando programas prioritarios y estableciendo metas asistenciales.

En el marco de estos cambios, tomando en cuenta las necesidades de los diferentes grupos poblacionales es que busca impactar sobre los problemas de salud de la población desde una perspectiva de derechos que contemplen la perspectiva de género y generaciones tratando de incidir en la reducción de las patologías de mayor prevalencia a través de la atención integral. Asimismo, busca actuar sobre los factores determinantes de la salud-enfermedad y disminuir los riesgos asociados.

Para ello el sistema a través del modelo de atención integral promueve la mejora en la calidad de la atención con la complementación y el fortalecimiento de los servicios tanto públicos como privados.

Se establecen programas prioritarios de atención en salud en base a las necesidades detectadas en la población interviniendo sobre grupos específicos: niñez, adolescencia y juventud, adulto mayor; y sobre temáticas específicas que afectan a determinados grupos

como ser: discapacidad, salud sexual y reproductiva, salud mental, ITS-VIH/SIDA, enfermedades no transmisibles, nutrición, violencia, salud bucal, cuidados paliativas y control del cáncer y tabaco. En este sentido, La Ley 18.211 en sus numerales E y H refiere como competencia del MSP:

> "Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población. [*y deberá]* Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados."

Asimismo, dentro de los objetivos sanitarios nacionales se establecen metas asistenciales establecidas por la JUNASA que refieren a un conjunto de herramientas que orienten a los prestadores de salud tanto públicos como privados hacia la concreción de los objetivos planteados y las políticas en salud diseñadas por el MSP, medidos a través de indicadores de salud.

Cada prestador de salud tanto en el ámbito público como en el privado tiene la obligación de cumplir los objetivos estratégicos nacionales implementando los programas prioritarios establecidos por el MSP, pero además se suma el pago de un complemento monetario por cumplimiento de las metas asistenciales, además del pago de la cuota de salud ajustados por sexo y edad. El artículo 55 de la ley 18.211 establece en este sentido que: "Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales."

Este nuevo modelo de gestión y modelo de atención que se establece a partir de los programas prioritarios y las metas asistenciales puede haber generado nuevas demandas y espacios de intervención para la profesión, tanto en el ámbito público como en el privado. Eso sumado a que los programas prioritarios en salud tienen definido la composición de un equipo de salud interdisciplinario orientado hacia el modelo de atención integral, lo que podría reposicionar el rol del Trabajo Social dentro de los equipos, y posiblemente ampliándose la demanda de la profesión en las instituciones prestadoras de salud, especialmente en la incorporación al ámbito privado.

En los centros de salud tanto públicos como privados, ya sea desde la propia práctica del Trabajo Social o desde la demanda de la institución, se van generando programas de atención a problemáticas sociales vinculadas al proceso salud-enfermedad.

Las demandas institucionales hacia el Trabajo Social en el contexto del modelo de atención integral, se expresan en modalidades de atención interdisciplinarias que muchas veces se enmarcan en los programas prioritarios *a priori* mencionados, relacionando las demandas hacia el Trabajo Social con problemáticas concretas por áreas temáticas o problemáticas particulares de las comunidades y los territorios (Carballeda, 2002).

Es decir, ello podría indicar que la emergencia de nuevas demandas hacia el Trabajo Social amplían de alguna manera la "oferta de intervención" de la profesión en este campo.

Asimismo, son diversas las demandas dependiendo del tipo de institución en el sistema de salud y en los diferentes niveles de atención; teniendo en cuenta el contexto social en el que se enmarca, las prácticas sociales en salud y el desarrollo de la propia práctica profesional en la institución. Ello podría haber generado una ampliación de los diversos espacios institucionales de intervención del Trabajo Social, coincidiéndose con Vázquez (2014:53) que:

> "Así como los procesos estructurales de las sociedades van cambiando, se van modificando las demandas hacia el Trabajo Social y la respuesta profesional a las mismas, teniendo en cuenta "que siempre son contextualizadas y construidas históricamente, condicionando el dónde, con qué y con quiénes, cuándo, para qué de la práctica profesional (…) se continúa con ese proceso de "deconstrucción para poder iniciar una reconstrucción favorable al cambio."

En el marco de estos cambios, se hace necesario generar espacios de empoderamiento de las personas y de las comunidades a través de la participación de la política en salud de los usuarios establecido en la reglamentación vigente, propiciando espacios para proyectos personales y colectivos en la resolución de los problemas. Lo que también habilita a pensar que la incorporación del rol del Trabajo Social en el fomento y acompañamiento de los procesos participativos puede haber generado una nueva demanda, ya que:

> "El modelo de gestión en el ámbito de la salud pública debe ser interactivo, privilegiando el reconocimiento y la negociación en el interjuego de los distintos actores, involucrando a los usuarios o sujetos sociales en formas de apropiación pública de los servicios de salud." (Cesilini, et.al., 2007: 91).

Por otra parte, como se ha mencionado antes, el cambio de modelo de atención ha significado una reconfiguración del sistema a partir de la implementación de una atención integral que sea equitativa, accesible y de calidad a todos los sectores de la población, no intensificando ni generando más espacios de inequidad ni exclusión.

Para ello se establece la estrategia de atención en APS revalorizando el papel del primer nivel de atención que trata de resolver la mayor parte de los problemas de salud. Es a su vez la puerta de entrada al sistema e intenta disminuir la sobre demanda en los siguientes niveles de atención.

La ley 18.211 en su artículo 36 establece que:

> "El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios."

Teniendo en cuenta ello, la coordinación en el primer nivel de atención es fundamental para el cumplimiento de los tres componentes básicos del sistema: la accesibilidad, longitudinalidad e integralidad.[12]

Interesa detenerlos en el carácter integral que apostó la reforma, especialmente en el primer nivel de atención ya que implica el desarrollo de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente desde el territorio, teniendo en cuenta el carácter biopsicosocial del ser humano en su historicidad actuando sobre el contexto y sobre los factores que inciden en la salud (MSP:2014).

En este sentido, en concordancia con lo que establece el modelo de atención integral la intervención del Trabajo Social en acciones de promoción y prevención en el primer nivel de atención son parte constitutiva de las dimensiones de intervención profesional, ya que:

> "Desde nuestra perspectiva, la dimensión pedagógica educativa del Trabajo Social, por definición, apunta a procesos de aprendizaje y de cambio en las condiciones – materiales y simbólicas – de vida de los sujetos. Implica por

[12] "La accesibilidad hace posible el contacto con los servicios y la utilización de estos servicios es un aspecto fundamental dentro del proceso asistencial. La noción de accesibilidad debe ser entendida como un concepto multidimensional, referido a la ausencia de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que impidan la utilización de los servicios de salud. (…) El aspecto de longitudinalidad, propone la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo. De esta forma, cada EP [Equipo de Proximidad] debe ser capaz de identificar a su población y viceversa, entablando así una relación estable, estrecha y de primer contacto. Dicha relación se establecerá independientemente de la ausencia o presencia de los problemas de salud de la población; existiendo así un lugar y un equipo que servirá de referencia y que prestará regularmente asistencia. Entendido de esta forma, la longitudinalidad es una tarea global del equipo, que le da al conjunto de estos RHS [Recursos Humanos de Salud] la responsabilidad de referente, lo que implica una corresponsabilidad del equipo con el individuo, intentando cumplir con las pautas de control en salud estipulada para cada grupo de edad." (MSP, 2014:4).

> tanto, intervenir en el desarrollo de potencialidades y capacidades intelectuales, organizativas y afectivas. Actuar en la promoción de nuevas formas de relacionamiento y prácticas sociales fundadas en la participación, en la implicancia y en la interacción de los sujetos con su realidad, problematizar las condiciones culturales e históricas "instituidas" y alentar cambios "instituyentes" de un futuro inédito. En definitiva, una dimensión pedagógica de la intervención profesional facilitadora de procesos de crecimiento y desarrollo individuales. Generadora de aprendizajes socialmente compartidos por sujetos capaces de analizar su realidad, plantear alternativas de cambio, participar en procesos de negociación y gestión de soluciones." (García, 2001:41).

En el marco de este modelo de atención y de la estrategia en APS el artículo 36 de la Ley 18.211 establece la conformación de equipos de salud interdisciplinarios en el primer nivel de atención en tareas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con enfoque individual, familiar y comunitario, actuando desde diversas disciplinas sobre los factores determinantes para garantizar una atención integral, propiciando también la participación de la comunidad en la definición de las estrategias de atención en salud.

Tomando los aportes de Carballeda (2009:59), y reflexionando sobre el rol del Trabajo Social en los equipos de salud, el trabajo interdisciplinario genera:

> (…) posibilidad y oportunidad de acceso a las problemáticas sociales complejas, a partir de la lectura de distintas disciplinas, entendiendo la intervención en lo social como espacio de encuentro, de interacción, reciprocidad simétrica, alteración del orden, fragmentación, traduciéndose en conocimiento."

Implica a su vez participar de manera interdisciplinaria en la planificación y administración de los servicios de salud partiendo de las necesidades reales de la población y permitiendo abordar la salud como un conjunto donde intervienen diversas dimensiones, superando la visión aislada y parcializada en la atención, donde el Trabajador Social:

> "Como integrante del equipo multidisciplinario de salud, cumple el rol de mediador entre profesionales-pacientes-familiares, abriendo canales de diálogo y haciendo que el vínculo entre el personal de salud y el usuario sea horizontal; además le corresponde la coordinación intersectorial, ya sea con instituciones del sector público o privado u organismos no gubernamentales, con la finalidad de incluirlos en el abordaje, optimizando la disponibilidad de recursos y generando redes de apoyo."(Vázquez, 2014:53).

De lo anterior surge que la profesión aporta a desarrollar como integrante del equipo de salud un trabajo intersectorial e interinstitucional de acuerdo a lo que establece el artículo 40 de la ley 18.211 donde refiere que:

> "Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial."

Se promueve desde el trabajo en equipos interdisciplinarios una mayor capacidad resolutiva atendiendo las necesidades de las personas no desde la visión parcelada de cada disciplina, sino como un todo social actuando en el intercambio desde las distintas especialidades. En este sentido, la práctica interdisciplinaria según Rodríguez y Barrios (2007:13) desarrolla una atención más integral acorde a los problemas de salud.

Sumado a lo planteado hasta el momento, otro de los cambios que establece el modelo de atención integral con la estrategia de atención en APS es la intervención en salud comunitaria[13].

La OPS apud: Infante Gama (1996:10) define la participación comunitaria en salud como:

> "El proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo."

La Conferencia de Alma-Ata en 1978 entre sus postulados ya promovía la participación comunitaria en salud en dos sentidos: como estrategia y herramienta indispensable de la APS en el logro de objetivos concretos; y como derecho de ciudadanía en la participación de toda la población (Infante Gama, 1996) estableciendo que:

> "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (...) fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar" (Declaración de Alma-Ata, 1978: arts. IV y VII.5).

En base a lo anterior, se podría decir que el rol del Trabajo Social es fundamental ya que habilita a fomentar la participación de los sujetos en sus dificultades de salud y posibilita el pasar de ser actores pasivos a actores activos, mostrando a la comunidad que es posible

[13] Infante Gama (1996:10) refiere que la comunidad es "(...) un grupo de personas que presenta diversos grados de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en diversos niveles, características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, así como intereses, aspiraciones y problemas también comunes, incluídos los de salud. Así, las comunidades pueden considerarse agrupaciones grandes o pequeñas, localidades en zonas urbanas o rurales."

actuar en colectivo en pro de los derechos básicos a la salud. Es decir, que es posible pensar y repensar desde lo colectivo las necesidades que son individuales:

> "la participación es esencial para la construcción de una ciudadanía capaz de identificar los problemas y necesidades prioritarios en el ámbito de la salud, elaborar propuestas y contribuir a través de la negociación y la concertación a la toma de decisiones (…)" (OPS apud: Aquín, 2008:150).

Y esto hace pensar que la intervención en salud comunitaria y el aporte profesional en este sentido es necesario para promover y promocionar el encuentro entre las personas, la comunicación cara a cara, apoyando los eventos y actividades comunitarias y locales, propiciando el protagonismo de las personas.

Permite reposicionar las estrategias de intervención del Trabajo Social en el primer nivel de atención desde lo histórico y lo cultural, desde la solidaridad y el fortalecimiento de las identidades, la reciprocidad y la complementariedad entre grupos respetando la diversidad. Implica intervenir sobre las necesidades desde la perspectiva de derechos sociales y de ciudadanía. Cuando hablamos de la perspectiva de derechos, la intervención comunitaria nos da la posibilidad de reconocer al sujeto como parte, como actor social, como protagonista. (CLAEH, 1992).

La intervención en salud comunitaria tiene una tendencia cada vez más a la intervención en "espacios microsociales" dada la heterogeneidad de las comunidades, el deterioro de las identidades, la dinámica social, la fragmentación y la formación de grupos cada vez más acotados y diversos, todo ello configurando diversas lógicas y problemáticas sociales.

Ello remite a pensar en la intervención del Trabajo Social desde lo grupal como un espacio para fortalecer y fomentar la participación social de las personas, la integración, la formación de lazos sociales y de identidades colectivas. Coincidiendo con Hernández (1991:25) que:

> "un proceso participativo así desarrollado, lleva implícita una concepción que trasciende los marcos de lo curativo y lo asistencial en la prestación de los servicios a la comunidad, y abre espacios diferentes a los habitantes para la construcción y apertura de nuevas relaciones internas y de éstos con las instituciones. En esta perspectiva, la prevención como objetivo a alcanzar con el trabajo comunitario, es entendida como un proceso de intervención dirigido hacia las causas generadoras de los problemas sociales. La promoción implica procesos de educación que partiendo de las necesidades propias de los pobladores, conduzcan a un cambio de actitud frente a la problemática comunitaria compartida cotidianamente."

Y es a partir de las necesidades y problemáticas expresadas de manera colectiva donde se construye un accionar que permita enfrentar las problemáticas de salud, donde se habilita el accionar de la comunidad y se crean mecanismos para la resolución de los problemas.

Reflexiones Finales

Lo que se pretendió a lo largo de las páginas anteriores fue plasmar los aspectos más relevantes de los cambios acontecidos en políticas de salud y los modelos de atención en Uruguay, tratando de vincularlo con la inserción del Trabajo Social dentro de este campo de intervención.

Para ello se cumplieron los objetivos planteados tratando de incorporar algunos elementos de análisis que permitieron desentrañar el rol y las configuraciones que tiene la profesión a partir de la reforma del sistema de salud, compartiendo con De Robertis (2009:198) que "La profesionalidad se construye en tensión constante entre las fuerzas internas y externas, entre los elementos de permanencia y los de cambio".

Respecto de los supuestos que sirvieron de guía de este trabajo, se considera que la génesis de la profesión determinó y configuró las prácticas sociales y las intervenciones realizadas por el Trabajo Social a lo largo de la historia hasta la actualidad, estando las mismas en una constante transformación y reformulación.

En este sentido, los paradigmas predominantes en cada momento histórico respecto del proceso salud-enfermedad y diversas políticas sanitarias implementadas generaron distintas formas de intervención y acción frente a los problemas de salud de la población, configurándose modelos de atención en salud que delimitaron las prácticas sociales llevadas a cabo por los profesionales.

Cabe señalar que el proceso salud-enfermedad y sus emergentes son dinámicos para cada sociedad y cada momento histórico particular, y se han ido definiendo y redefiniendo los aspectos que se consideran determinantes en la salud de la población.

El sistema de salud en Uruguay se caracterizaba por un modelo de atención fragmentado y segmentado, basado en lo curativo y con un enfoque asistencialista. Los servicios estaban centrados en la enfermedad, la curación y la rehabilitación, bajo un modelo médico hegemónico y un enfoque hospitalario en la atención. Las políticas en salud basadas en la enfermedad dejaban un bajo margen de intervención y asignación de recursos en la promoción y prevención en salud.

La marcada heterogeneidad en los servicios denotaba un alto grado de fragmentación en las prestaciones, lo que conlleva inequidad en el servicio y problemas de accesibilidad en la cobertura para muchos sectores de la población, especialmente en territorios donde la oferta de servicios de salud era muy acotada o inexistente.

La reforma de salud iniciada en 2008 en Uruguay tuvo como objetivo la universalización de la atención a toda la población en los diferentes niveles apostando a una mejora en la calidad, equidad y accesibilidad. Ello implica a su vez una filosofía de justicia social en el acceso al sistema, y se explicita el derecho a la salud como un derecho inalienable de todas las personas contribuyendo al desarrollo individual y colectivo de toda la sociedad.

Igualmente, este modelo propone una cobertura universal, con servicios accesibles y sustentables basados en la equidad, oportunidad y continuidad en las prestaciones, en contraposición a las políticas sociales de carácter focalizado que se han venido desarrollado.

Por otra parte, las demandas que se le coloca al Trabajo Social tienen una fuerte correlación con la inserción institucional de la profesión y el desarrollo histórico de la misma, y se encuentran transversalizadas por el rol y las funciones que se le asigna a la profesión en la institución salud.

> "La tradicional ubicación institucional de la profesión, como eslabón ejecutor dentro del circuito de las políticas sociales, si bien limita la capacidad crítica y transformadora del ejercicio profesional, no es un obstáculo a la hora de establecer aportes de conocimiento útil para comprender y aportar al cambio social. La sistematización de la práctica y la investigación social es un medio para descubrir, delimitar y proponer acciones para la transformación social de los problemas." (Clemente, 2004:195)

En este sentido, se podría decir que el cambio en el modelo de atención y gestión propuesto por la reforma reconfiguró y resignificó el rol del Trabajo Social en el campo de la salud, tanto en el ámbito público, como en el ámbito privado a partir del establecimiento de los programas prioritarios en salud como en el cumplimiento de metas asistenciales.

Se comparten los dichos de Bentura (2006:12) respecto de que:

> "Sostenemos que los nuevos discursos así como la Reforma planteada suponen un incremento de la demanda para nuestra profesión debido a que asume una nueva impronta el abordaje de "lo social". Supone también una nueva reconfiguración en ese espacio de luchas dado que comienza a ser de interés para la intervención de otros agentes profesionales ya que Servicio Social no posee el monopolio del abordaje de la cuestión social aunque si ha conquistado un espacio al respecto en las "*luchas anteriores*". La pregunta es si nuestra profesión quiere y puede dar esa "lucha".

Asimismo, se ha reposicionado el rol del Trabajo Social en los equipos de salud, especialmente en el primer nivel de atención, tanto trabajo interdisciplinario, como en espacios de intervención en salud comunitaria.

El actual contexto histórico-social conlleva nuevas demandas hacia el Trabajo Social y hacia los centros de salud en general, como nuevas y viejas formas de abordar las emergentes manifestaciones de la cuestión social. Y es así que, en base al análisis realizado se entiende relevante que la construcción de un sistema de salud debe necesariamente realizarse en conjunto y en concordancia con las necesidades y demandas de las personas y las comunidades, propiciando y habilitando espacios reales de participación en los temas de salud.

Ello habilita poder hacer "visibles" estas nuevas demandas emergentes frente a los nuevas manifestaciones de la cuestión social, y poder construir espacios de diálogo e intervención entre Estado y sociedad, a la vez que habilita pensar y repensar la intervención en salud desde el modelo integral, y lograr un trabajo interdisciplinario que dé cuenta de la diversidad de los factores que influyen y determinan el proceso salud-enfermedad.

> "El objetivo principal estaba, y está, centrado en explorar, describir, profundizar y analizar acerca de las situaciones que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana, en el contexto en el cual se desarrollan. Las mismas son problemas, es decir, necesidades expresadas en demandas, en los Servicios Sociales de las instituciones estatales y/o privadas." (Rivello en Cesilini,et.al, 2007:45)

En este sentido, es importante el ejercicio de reflexión sobre el saber-hacer profesional, el rol que se ocupa y la inserción dentro de la institución que permita tener una actitud crítica y sirva de aporte a la intervención. Ello implica revalorizar el papel de la investigación en la práctica profesional para mantener esa actitud crítica frente al ejercicio profesional y la intervención que se realiza. Y esta monografía intentó ser un insumo en este sentido.

Por añadidura, en base a los elementos analizados en el presente trabajo se podría llegar a afirmar que el Trabajo Social vio reforzado y reconfigurado su rol especialmente en el primer nivel de atención, donde se concuerda plenamente los dichos de Bentura (2006:122) respecto que:

> "Hoy vemos un incremento importante en la inserción en el primer nivel de atención; todas las policlínicas y Centros de Salud periféricos tiene hoy más de un Asistente Social y también en el sector privado como las Mutualistas y Centros de Alta Complejidad, como lo son los centros de diálisis, que obligatoriamente deben contar con Asistente Social en su equipo."

Para finalizar, se puede decir que se cumplieron los objetivos propuestos para la presente monografía, pero quedan espacios abiertos y nuevas interrogantes frente a la temática

planteada, ya que la complejidad de la misma permitió que fuera abarcada sólo de manera parcial, tratando de analizar los aspectos más generales.

En este sentido, surgiendo en el transcurso de realización de este trabajo posibles líneas de investigación a ser abordadas en un futuro que no pudieron ser exploradas con mayor profundidad en el marco de la monografía respecto de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud privada y la intervención profesional en el ámbito de la intervención en salud comunitaria.

Bibliografía

Bibliografía utilizada:

- Acosta, Luis (1987) *Acción del servicio social en los programas de salud a nivel nacional*. En Trabajo Social (Uruguay) Vol.1, Nro.5. pp. 14-17. Montevideo.
- _____, et.al. (1994) *Trabajo Social en el campo de la salud: obstáculos y propuestas*. EPPAL. Montevideo.
- _____ (1998) *La génesis del Servicio Social y el "higienismo"*. En Revista Fronteras nro.3. pp. 11-24.
- _____ (2001) *Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social*. En equipo de Trabajo Social Básico. Temas de Trabajo Social: debates, desafíos y perspectivas de la profesión en complejidad contemporánea. UDELAR. FCS. Dpto de Trabajo Social. Montevideo.
- Aquín, Nora (Organizadora) (2008) *Trabajo Social, Estado y Sociedad*. *El Trabajo Social y las prácticas societarias.* Tomo 1. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Aquín, Nora (Organizadora) (2008) *Trabajo Social, Estado y Sociedad. Cuestión social, políticas públicas y Trabajo Social*. Tomo 2. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Barrán, José Pedro (1993) *Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya*. En AAVV (2002) La medicalización de la sociedad. Editorial Nordan Comunidad. Montevideo. pp. 145-174.
- Bentura, Celmira (2006) *Trabajo Social en el campo de la salud: un desafío académico*. Orientadora: Prof. Dra. Mónica Di Martino. Disertación presentada para la obtención del título Master en Trabajo Social. FCS. UDELAR. Montevideo.
- Bianc, Maurice (1988) *La demanda social en la investigación social aplicada*. En Revista de Sociología, n°s/d. Bruselas.
- Carballeda, Alfredo (coordinador) (2009) *Trabajo Social y padecimiento subjetivo*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Castel, Robert (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- _____(2004) *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Editorial Manantial. Buenos Aires.

- Cazzaniga, Susana (2002) *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. En Revista Margen Nro. 27. Argentina.
- Cesilini, Gabriela, et.al. (2007*) La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Claramunt, Adela (2001) *Trabajo Social, Ciencias Sociales y formación universitaria: una aproximación para el debate*. En equipo de Trabajo Social Básico. Temas de Trabajo Social: debates, desafíos y perspectivas de la profesión en complejidad contemporánea. UDELAR. FCS. Dpto de Trabajo Social. Montevideo.
- Clemente, Adriana (2002) *Notas sobre investigación, formación y práctica profesional*. En Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Conde, Susana, et.al. (1998) *Salud Comunitaria: diagnóstico-estrategia-participación*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- De Robertis, Cristina (2003) *Fundamentos del Trabajo Social. Ética y metodología*. Universidad de Valencia. España.
- _____ (2009) *Función y profesionalidad del Trabajo Social*. S.I. s/n.
- Foucault, Michael (1991) *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Decimoctava edición en español. Siglo XXI Editores.
- Galeana de la O, S. (2005) *Campos de acción del trabajo social*. En M. Sánchez Rosado (Coord.) Manual de Trabajo Social. pp.139-158. Plaza y Valdés. México.
- García, Adriana (2001) *Dimensiones y principios en Trabajo Social: reflexiones desde la intervención profesional*. En equipo de Trabajo Social Básico. Temas de Trabajo Social: debates, desafíos y perspectivas de la profesión en complejidad contemporánea. UDELAR. FCS. Dpto de Trabajo Social. Montevideo.
- Hernández, Gloria, (1991) *Trabajo Social con la comunidad: una posibilidad aplicable al sector salud*. En Revista de la Facultad de Trabajo Social. Vol. 8. Nro.8. pp. 23-27. Editorial U.P.B. Medellín.
- Matus, Teresa (1992) *¿Una disciplina en tensión evolutiva?*. En Revista de Trabajo Social (Uruguay). Nro. 61. pp. 37-43.
- Menéndez, Eduardo L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud del 30 de abril al 7 de mayo de 1988. pp. 451- 464. Buenos Aires.

- Midaglia, Carmen (2006) *El Plan de Emergencia*. En Informe de Coyuntura Nro. 6. ¿ y Ahora? El primer ciclo del gobierno de izquierda en Uruguay. Instituto de Ciencia Política. Ediciones de Banda Oriental. Montevideo.
- Midaglia, Carmen y Antía, Florencia (2007) *La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* En Revista Uruguaya de Ciencia Política, Nro. 16, pp. 131-157.
- MIDES (2014) *De la equidad hacia la igualdad: las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010-2014*. Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014. Coordinador: Pablo Martínez Bengochea. Prólogo de Lauro Meléndez y Daniel Olesker. Montevideo.
- Mitjavila, Myriam (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. UDELAR. FCS. Dpto. de Sociología. Documento de Trabajo Nro. 3. Montevideo.
- _____(1992) *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización.* En Cuadernos del CLAEH. Nro. 62.
- Laurell, Asa Cristina (1986) *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. En Cuadernos Médico Sociales. vol. 37, pp. 3-18.
- Ortega, Elizabeth (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Ediciones Trilce. Montevideo.
- Pastorini, Alejandra (2001) *Políticas sociales y servicio social en el escenario neoliberal.* En equipo de Trabajo Social Básico. Temas de Trabajo Social: debates, desafíos y perspectivas de la profesión en complejidad contemporánea. UDELAR. FCS. Dpto de Trabajo Social. Montevideo.
- Tobón, María Cecilia, et.al (1986) *La práctica del Trabajador Social. Guía de análisis.* CELATS-Equipo de Capacitación. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- Tundidor, Mariana (2013) *Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental*. Trabajo realizado para la carrera de especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina. Material extraído del Curso Intervención en Salud Comunitaria. Portal Margen, Año 2015.
- Vilaça M., Eugenio (2011) *As redes de Atençao a Saude*. Edición en Español. En OPS. Brasilia.

- Valles, Miguel (2007) *La investigación documental: Técnicas de lectura y documentación.* En Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Proyecto Editorial Síntesis. Madrid.
- Vázquez, Silvia, et.al (2014) *La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención*. En Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales Nro. 7. Editorial Universitas. España.

Documentos web utilizados:

- Carballeda, Alfredo (1993) *Positivismo y Salud*. En Portal Margen Nro.2. Argentina. En: http://www.margen.org/investig/curso6/apunt02_01.pdf. Acceso Abril 2016.
- _____ (1994) *Génesis del discurso de la acción social y la medicalización de la vida cotidiana.* Material extraído del Curso Intervención en Salud Comunitaria. En Portal Margen, Año 2015. Argentina. En: http://www.margen.org/investig/curso6/apunt03_01.pdf. Acceso Abril 2016.
- _____,et.al. (2002) *Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación*. En Portal Margen. Nro. 27. Argentina. En: http://www.margen.org/suscri/margen27/interve7.html. Acceso Marzo 2016.
- _____ (2010) *La Medicalización de la Vida Cotidiana como trasfondo de la Intervención Social. Una revisión del concepto de "determinantes del medio"*. En Portal Margen Nro.59. Buenos Aires. En: http://www.margen.org/suscri/margen59/carballeda.pdf. Acceso Agosto de 2016.
- Güida, Carlos (2012) *Modelos de Atención en Salud*. Curso Niveles de Atención en Salud. Área Salud. UDELAR. Facultad de Psicología. Uruguay. En: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-modelo.pdf. Acceso Julio de 2016.
- MSP (2010) *Propuesta para el Desarrollo de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud.* Montevideo. En: https://medfamcom.files.wordpress.com/2011/12/enps_documento_preliminar.pdf. Acceso en Marzo de 2016.

- MSP (2014) *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. División Recursos Humanos del SNIS. DT 01/14. Montevideo. En: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf. Acceso en Mayo de 2016.
- Lalonde, Marcus (1974) *Informe sobre el Estado de Salud. Determinantes del estado de salud*. Canadá. En: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf. Acceso en Junio de 2016.
- OMS (1978) *La declaración de Alma Ata*. URSS. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_de ALMA_ATA.pdf. Acceso en Febrero de 2016.
- ____ (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* En: http://www.who.int/whr/2000/es/. Acceso en Junio de 2016.
- _____(2005) *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. En: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/print.html. Acceso en Febrero de 2016
- _____(2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. En: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acceso en Junio de 2016.
- OPS-OMS. (2009) *Perfil de los Sistemas de Salud República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma*. Biblioteca Sede OPS. Whashington DC. En: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf. Acceso en Junio de 2016.
- Rodríguez, Verónica y Barrios, Anahí (2007) *El equipo de salud en el ámbito comunitario. Propuesta de discusión en el marco del proceso de regionalización*. Disertación para el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor: Dra. Alicia Sosa Abella Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo. En: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaEquipSalAmbCom.pdf. Acceso en Agosto de 2016.

Leyes utilizadas:

- Ley 17.930 del 19/12/2005:
- Ley 18.131 del 18/05/2005:
- Ley 18.161 del 29/07/2007:
- Ley 18.211 del 21/11/2007:
- Ley 18.335 del 05/08/2008:
- Ley 9.202 del 13/01/1934
- Ley 15.903 del 10/11/1987
- Ley 3724 de 1910

Sitios web consultados:

http://www.msp.gub.uy/.

http://www.paho.org/hq/?lang=es.

http://www.margen.org/.

http://www.edumargen.org/.

http://www.asse.com.uy/home.