

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

**El trabajo social a partir de la creación del  
Sistema Nacional Integrado de Salud:**  
estudio de caso en una Institución de  
Asistencia Médica Colectiva

**Lucía Mosteiro**  
Tutora: María José Beltrán

**2019**

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>Antecedentes de Investigación .....</b>	<b>4</b>
<b>Fundamentación y presentación del objeto de estudio.....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>8</b>
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos .....	8
Marco teórico .....	8
Metodología .....	9
<b>1. La reforma en la salud a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud .....</b>	<b>11</b>
1.1. Contexto socio-económico previo a la llegada del Frente Amplio al gobierno en el año 2005 y sus implicancias para el campo de la Salud.....	11
1.2. Características del Sistema de Salud previo a la reforma .....	13
1.3. El Sistema Nacional Integrado de Salud.....	14
1.4. Modificaciones en el modelo de atención.....	16
<b>2. Historia de las IAMC en Uruguay.....</b>	<b>20</b>
2.1. Los inicios del mutualismo en nuestro país .....	20
2.2. Características generales de las IAMC .....	21
2.3. Datos de las IAMC antes y después del SNIS .....	23
<b>3. Los orígenes del Trabajo Social.....</b>	<b>24</b>
3.1. Profesionalización del Trabajo Social.....	24
3.2. Tres grandes modificaciones para la institucionalización de la profesión.....	25
3.3. El Higienismo y el proceso de Medicalización.....	25
3.4. El Hospital Maciel, antiguo Hospital de la Caridad.....	27
3.5. La visita domiciliaria como herramienta de control .....	28
3.6. Figuras antecesoras de la profesión.....	28
3.7. El rol del Estado en el proceso de profesionalización del Servicio Social Uruguayo .....	29
3.8. Algunas puntualizaciones.....	30
<b>4. Del análisis de las entrevistas .....</b>	<b>32</b>
4.1. Generalidades .....	32
4.2. Cambios: tareas, funciones, intervenciones y demandas .....	33
4.3. La profesión, su autonomía y legitimidad.....	38

<b>Consideraciones finales .....</b>	<b>43</b>
<b>Pauta de entrevista.....</b>	<b>45</b>
<b>Glosario de siglas.....</b>	<b>47</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>48</b>

## **Introducción**

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR). En él se pretenden analizar las funciones del Trabajo Social como ejercicio profesional en el sector privado de salud a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2007.

En este sentido se optó por realizar un estudio de caso sobre la inserción del Trabajo Social dentro de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en particular.

Cabe destacar que las IAMC constituyen el principal prestador de salud dentro del sector privado en Uruguay con 1.271.731 afiliados en Montevideo y 884.314 afiliados en el interior, sumando un total de 2.156.045 afiliados (Sistema Nacional de Información, 2018).

## **Antecedentes de Investigación**

Respecto de la revisión de trabajos previos que tratan sobre el tema de estudio, se destaca a continuación la Tesis de Maestría de Celmira Bentura (2011) en la cual se desarrolla una investigación sobre el Trabajo Social en el campo de la salud. En cuanto a los trabajos de grado vinculados a la temática se mencionan tres: la tesis de Silvia Pereira (2011) donde se investiga el Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención considerando los discursos de los profesionales que se desempeñan en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la tesis de Lorena Perrone (2016) que trata sobre la Autonomía y Legitimidad de los Trabajadores Sociales en el campo de la Salud a partir de la realización de un análisis documental y la tesis de Natalia Russo (2015) sobre el Trabajo Social en las IAMC en el marco del SNIS. Como puede verse, este es el único trabajo que hemos encontrado que trate sobre la profesión y las IAMC. A diferencia de éste, la presente aproximación realiza un estudio de caso aplicado al equipo de Trabajo Social de una IAMC en particular, con el fin de conocer sus funciones y de explorar sobre la probabilidad de un incremento de la autonomía profesional a partir del SNIS.

## **Fundamentación y presentación del objeto de estudio**

Se procura con esta indagación contribuir a la reflexión sobre las funciones del Trabajo Social en el campo de la salud privada a partir de la implementación del SNIS, ya que estimamos que fue a partir de este momento que comenzó a desarrollarse un proceso de

fortalecimiento respecto a la necesidad de la profesión en esta área. Creemos que la consolidación y expansión de las distintas áreas de participación del Trabajo Social dentro de la institución privada de salud, que se promueve desde el Estado bajo la órbita del SNIS, podría llegar a redundar, en principio, en un aumento de la autonomía profesional en el sector.

Para ello se desarrollarán consideraciones sobre los principales cambios que hubo en el campo de la salud, aspectos fundamentales que le dan sentido al objeto de estudio. Tal como se describirá más adelante, en este trabajo la profesión es concebida como un producto sociohistórico, siendo analizada a partir del contexto macrosocial e institucional en el que se inscribe y que la atraviesa. De esta forma, se tendrán en cuenta las transformaciones sociales que se produjeron a partir de las últimas décadas del siglo XX, específicamente aquellas que se generaron en la década del 70 y que se agudizaron en los años 80 y 90, ya que:

Es en este contexto que se producen cambios en el mundo de la producción, en el Estado y dentro de éste, en sus formas de atender las manifestaciones de la cuestión social a través de las políticas sociales [...] a las que el Trabajo Social se encuentra indisolublemente unido. (Aquín; 2009, p.91-92)

En Uruguay, en marzo de 2005, Tabaré Vázquez asumió el primer gobierno del Frente Amplio. En este contexto comienza a desarrollarse una reforma en el sector de la salud que, a pesar de mantener las estructuras sanitarias y administrativas existentes, implicó cambios fundamentales en la forma de financiamiento, gestión y atención en la salud. En mayo de 2007 se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y luego, en diciembre de ese mismo año, se aprobó la ley 18.211, que determinó el funcionamiento del SNIS junto con la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y el Seguro Nacional de Salud (SNS).

La cobertura universal, la equidad y la justicia social constituyeron la base de la reforma. En este sentido, el gobierno se propuso alcanzar un crecimiento económico con desarrollo social basado en la participación democrática, garantizando políticas de salud de calidad. Se buscó influir en las conductas y los hábitos de vida de la población para generar un cambio cultural, comprometiendo no solo a las instituciones sanitarias y a los profesionales del área de la salud, sino también a todos los usuarios del sistema (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Una de las principales modificaciones en cuanto al financiamiento fue la creación de un Seguro Nacional de Salud financiado por el Fondo Nacional de Salud (con aportes

obligatorios de todos los ciudadanos) para garantizar el acceso universal y equitativo de los usuarios del sistema. A su vez, el incremento presupuestal del subsector público fue un elemento necesario que permitió la ejecución y el posterior desarrollo de la reforma.

La creación de la JUNASA como organismo administrador del SNS y conductor del SNIS, la descentralización de ASSE y el rectorado del MSP fueron algunas de las principales modificaciones en cuanto a la gestión de la reforma. Las metas asistenciales, los contratos de gestión, las cuotas de salud y el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) fueron formas de vigilancia y control establecidas por el Estado sobre las instituciones de salud para lograr un sistema efectivo y eficiente, herramientas que fueron necesarias para transitar el cambio en el modelo de atención en salud (MSP, 2009).

Para analizar las modificaciones en el modelo de atención, se considera oportuno retomar los aportes que Bentura realiza sobre el sistema de salud previo a la reforma:

El sistema de servicios de salud es en nuestro país un sistema fragmentado, las prestaciones se realizan a través de múltiples instituciones del ámbito público y privado, que actúan en forma no coordinada, con bajo nivel de normatización y control y con frecuente superposición. El incremento de servicios y recursos de alta complejidad y costo no muestran que su distribución y utilización tengan una clara relación con las necesidades de la población. (Bentura; 2011, p.70)

Para la autora, uno de los aspectos que producen la ineficiencia del sistema es el modelo de atención de tipo asistencial, que no corresponde a la realidad epidemiológica del país y que, a su vez, promueve altos grados de medicalización en la sociedad. En este sentido, el cambio en el modelo de atención desarrollado con el SNIS supuso un viraje desde un modelo curativo-biologicista hacia uno basado en la atención primaria de salud (APS) como forma de alcanzar la promoción y la prevención en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud llevada a cabo en la ciudad de Alma-Ata en 1978 define la salud, retomando la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

[...] estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo

el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

El cambio en el modelo de atención intentó llevar a cabo esta definición de salud, comprendiéndola de forma integral con énfasis en los factores sociales (determinantes de la salud) y la búsqueda del bienestar individual y colectivo, de ahí los cambios fundamentales en la implementación y la puesta en marcha del rol del trabajador social en el SNIS.

Se trata de la construcción de un sistema que racionalice servicios, ahorre costos, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrolle la eficiencia del sistema, estimulando la integración y la complementación, enfrentando la inercia de Instituciones que estimulan aún más la competencia que la complementariedad. (MSP, 2009, p.8)

En base al objeto de estudio, que es analizar el rol del Trabajo Social dentro del sistema privado de salud a partir del SNIS, se desarrollará el siguiente supuesto que servirá de guía en el presente estudio: Se considera que el cambio en el modelo de atención desarrollado con el SNIS habilitó nuevos espacios para el posicionamiento del Trabajo Social en el campo de la salud, demandando una mayor cantidad de profesionales capaces de responder al incremento de tareas y funciones.

La concreción del nuevo modelo de atención requirió de leyes, decretos y ordenanzas ministeriales promulgadas por el Estado para acompañar los cambios propuestos desde el gobierno. En este sentido se destaca el art. 264 de la ley 17930, de diciembre de 2005, que contiene los principios programáticos del SNIS:

El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

Así mismo, serán considerados más adelante los artículos 5 y 45 de la ley 18211, referente a la creación del SNIS, los cuales desarrollan los Programas Integrales de Salud que deberán

ser otorgados por los prestadores de salud a los usuarios bajo la regulación de la JUNASA (como brazo ejecutor del Estado). El desarrollo de estos puntos en el presente trabajo será en función del marco que estos programas y metas brindan a la inserción de trabajo social, puesto que demandan implícita y explícitamente su accionar dentro del campo de la salud.

## **Objetivos**

En base al objeto de estudio desarrollado se disponen los siguientes objetivos:

### **Objetivo general**

- Analizar los cambios en el ejercicio de la profesión a partir del Sistema Nacional Integrado de salud, considerando las modificaciones en cuanto a la inserción y las funciones del Trabajo Social en una institución privada de salud.

### **Objetivos específicos**

- Describir las tareas, funciones y demandas que le son planteadas al Trabajo Social en función de las áreas y/ o programas en los que interviene.
- Explorar si el incremento en las funciones profesionales y en la cantidad de Trabajadoras Sociales que se genera a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud, incide en el nivel de autonomía alcanzado por la profesión en el campo de la salud privada.

## **Marco teórico**

Para el abordaje del objeto de estudio se estima conveniente el empleo de algunos aportes realizados por Eliot Freidson y otras autoras que lo retoman, como son Bentura (2011) y Aquín (2009). Para Freidson (1978) las profesiones modernas nacen de una relación entre ciertas ocupaciones y el Estado, que es un actor clave para su regulación. Desde su perspectiva, las profesiones son consideradas productos históricos, pensadas de forma relacional y estructural. Es por ello que sus aportes se consideran fundamentales para analizar el proceso de profesionalización del Trabajo Social en nuestro país, vinculado desde sus inicios al proceso de medicalización de la sociedad (Acosta, 1998; Kruse, 1994; Ortega, 2003). Se intentará entonces, analizar la profesión como producto y productora del orden social, entendiendo que su construcción se produce en relación a las transformaciones institucionales de la sociedad (Freidson, 1978). Por último, se considera que esta perspectiva contribuirá en nuestro interés por explorar la posibilidad de un incremento de la autonomía

profesional teniendo en cuenta, como ya dijimos, el aumento de las funciones y de la cantidad de profesionales que integran el equipo de Trabajo Social de la institución privada de salud.

### **Metodología**

El presente trabajo se propone realizar un análisis descriptivo a través de una metodología cualitativa basada en un estudio de caso. Con el objetivo de enriquecer el análisis se incorporan datos extraídos de fuentes relacionadas con la temática (leyes, decretos, documentos).

Se utilizará como técnica para recoger información la entrevista semiestructurada, la que se aplicará a un total de cinco profesionales. Cuatro de ellas integran actualmente el equipo de Trabajo Social de la IAMC seleccionada, habiendo ingresado a trabajar en la institución luego de la implementación del SNIS, mientras que la quinta entrevistada es una profesional que trabajó en la misma institución pero en el periodo previo a la reforma (desde el 2000 al 2008). Consideramos que esta última entrevista nos permitirá contrarrestar los discursos con el fin de conocer la inserción profesional antes y después del SNIS.

Creemos que la entrevista semiestructurada es la técnica más adecuada para dar respuesta a los objetivos formulados porque permite cierta flexibilidad, adaptándose a las entrevistadas, pero manteniendo una uniformidad (ejes comunes en las pautas de entrevista). Por este motivo “[...] deben ser diseñadas como pautas para la conversación —con el fin de obtener respuestas a preguntas abiertas comparables entre sí” (Vieytes, 2004, citado en Canales, 2014, p 245).

El primer capítulo realiza una breve introducción sobre la situación general del país previo a la reforma, a partir de los procesos desarrollados en las últimas décadas del siglo XX. Luego se describe brevemente la composición, organización y los principales problemas que presenta el sector a partir de la década del noventa. Por último se desarrollan las modificaciones implementadas con el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de la asunción del gobierno del Frente Amplio, en 2005, haciendo especial énfasis en el cambio del modelo de atención de salud.

El segundo capítulo tiene como objetivo analizar el sector privado de salud, su origen y desarrollo en Uruguay, lo que es de suma importancia ya que el presente estudio se realiza en una IAMC cuya sede principal se encuentra en Montevideo, teniendo varias sucursales y filiales en el interior del país.

El tercer capítulo trata sobre el Trabajo Social como ejercicio profesional y su vinculación en el área de la salud. Para ello se formula una conceptualización de la profesión a partir de sus orígenes, definición y objeto de estudio.

En el cuarto capítulo se analizarán los discursos de las entrevistadas con la finalidad de dar respuesta a los objetivos que guiaron el trabajo.

Para finalizar se desarrollarán las consideraciones finales sobre el conocimiento obtenido.

## **1. La reforma en la salud a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud**

### **1.1. Contexto socio-económico previo a la llegada del Frente Amplio al gobierno en el año 2005 y sus implicancias para el campo de la Salud**

Pensar el contexto previo al SNIS (considerando las últimas décadas del siglo XX, especialmente la década del noventa) nos permitirá ver el cambio en el lugar ocupado por el Trabajo social y sobretodo cómo se inserta la profesión en el sector privado de atención en salud a partir de la reforma. Sin historia no hay pasado ni posibilidad de construcción de presente. Por eso es necesario contextualizar el comienzo, que siempre marca desde qué necesidades y con qué objetivos se pensaron los cambios, qué fue necesario visualizar como déficit en la atención en salud, cuál fue la manera que se encontró de generar el cambio y, en este caso en particular, cómo se modifica y qué se piensa del trabajador social y sus funciones en una IAMC en particular.

En el año 1968 comenzó a desarrollarse el modelo LACE, denominado así por sus características principales: Liberal, Aperturista, Concentrador y Excluyente. Siguiendo a Olesker (2015), con este modelo los niveles de pobreza y exclusión llegaron en el año 2004 a su máximo histórico en nuestro país. A partir de la década del 70 se consolidaron los cuestionamientos sobre el llamado *welfare state* como responsable del estancamiento económico dando paso a la reforma estructural del Estado acompañada de un fuerte endeudamiento externo, crisis fiscal y aumento de la pobreza.

A partir de la década de 1980 Uruguay se encontraba bajo los lineamientos del Fondo Monetario Internacional (FMI) instalados con el Consenso de Washington. La desregulación de los mercados, la privatización de los servicios públicos, la descentralización de las responsabilidades gubernamentales, así como la liberalización de la economía y la apertura externa (comercial y financiera) fueron algunos de los procesos desarrollados en el período (Olesker, 2015).

Las “recomendaciones” internacionales coinciden en la urgente necesidad de superar la importante crisis fiscal de los Estados, buscando sanear sus economías. En este marco se discute cuál debe ser el rol del Estado, enfrentándose posturas liberales que sugieren un Estado reducido dejando campo libre al mercado. (Bentura, 2011, p.67)

Se suscitaron fuertes modificaciones en las políticas de desarrollo y en los sistemas de integración social existentes, en un contexto que tendía a la consolidación de un Estado de tipo Liberal Social con base en políticas residuales y focalizadas en sustitución de los Estados

dirigistas. En el caso uruguayo, “la primera generación de reformas” comenzó lentamente en la década del 70, mientras que las reformas de “segunda generación” se tramitaron luego de la transición democrática (reforma de la seguridad social, de la educación, de la gestión administrativa del Estado y de la salud). Respecto al sector salud, “Encontramos que las características contradictorias del sistema de salud, por un lado altamente estructurado, y al mismo tiempo, fragmentado, conspiran contra los esfuerzos reformistas que intentan producir cambios en el mismo”(Mitjavila, Fernández, Moreira, 2002, p.103). Interesa señalar que en este período, el sector transitó por una reestructuración pasiva consolidando las inequidades existentes en lo que refiere al gasto, acceso y calidad de los servicios, no solo entre sub sectores, sino también a nivel territorial. A su vez, se profundizó el deterioro en la calidad del sector público y se agudizó la crisis fiscal en las IAMC (Mitjavila, Fernández, Moreira, 2002).

En lo referido a las políticas sociales<sup>1</sup>, Uruguay contaba aún con un sistema de protección social heredado de las primeras décadas del siglo XX, donde el Estado ocupaba un lugar central en la provisión de bienes y servicios. Aunque este no había sido completamente desmantelado por el gobierno de facto (1973-1984), se produjo un deterioro en la calidad de un conjunto de prestaciones sociales en diferentes áreas (salud, educación, seguridad social), consecuencia de la reasignación en el gasto social (Midaglia, 2009).

En este período el mercado apareció como un agente central en la provisión de servicios de salud. Con la crisis económica de 2002-2003 el panorama del sector se agravó aún más. La población más carenciada económicamente se vio cada vez más sumergida y sin posibilidades de ser atendida en sus demandas más esenciales (salud, educación, trabajo). Es por esto que la propuesta de reforma que se implementará posteriormente con el SNIS se propondrá alcanzar la universalidad en el acceso con énfasis en aquellos sectores de población más vulnerables. Se priorizará el abordaje social que requerirá del trabajo en conjunto de varios profesionales, entre ellos el que nos ocupa: el Trabajador Social.

---

<sup>1</sup> Siguiendo a la autora, en la década del noventa se producen tres grandes modificaciones respecto a las políticas sociales, siendo éstas: la privatización y reducción de los servicios de la seguridad social, la reformulación de las prestaciones sociales tradicionales (que mantienen su carácter universal) y la creación de programas sociales focalizados en ciertos grupos de población, orientados a atender situaciones de pobreza. Se configura así un sistema de bienestar y protección social de carácter híbrido, compuesto por servicios semi-privatizados y estatales a veces implementados de forma mixta (Midaglia, 2009).

El sector público, con su rezago presupuestal, deterioro de infraestructura e insuficiencia de recursos humanos, debe hacer frente a una sobrecarga de demandas de la población que carece de cobertura de la seguridad social. El sector privado social, por otro lado, continúa arrastrando un altísimo endeudamiento, el cual supone un severo cuestionamiento a sus posibilidades de continuidad dentro del sistema de salud. (MSP, 2009, p.18)

Para comprender la heterogeneidad y complejidad del sector se describirá su composición y organización previa a la reforma.

### **1.2. Características del Sistema de Salud previo a la reforma**

El movimiento mutual y los corporativismos son fundamentales a la hora de pensar el sector salud en nuestro país debido a que gozan de un importante prestigio social. Como será analizado en el tercer capítulo de la investigación, el sector médico también es un actor de alta injerencia en el sistema de salud, ya que desde principios del siglo XX, bajo el Estado Batllista, obtuvo el monopolio del conocimiento y el ejercicio sobre la atención en salud (MSP, 2009).

La heterogeneidad en la constitución del sistema y el peso de los distintos actores fue fundamental a la hora de plantear la reforma de un sector fragmentado y con dificultades en su regulación.

Un sub sector público y un sub sector privado<sup>2</sup> constituían un sistema de salud fragmentado y desigual. “Mientras el sistema público atendía casi exclusivamente a los sectores de bajos recursos, el sistema privado se concentraba en la atención a los sectores medio-altos y altos y a los trabajadores formales, que estaban cubiertos por un seguro obligatorio” (Midaglia, 2009, p.162).

---

<sup>2</sup> El sub-sector público agrupaba al Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA), la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP), el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República (HC), las Comisiones Honorarias (Lucha contra el Cáncer, Salud Cardiovascular, Lucha contra la Hidatidosis, Lucha Antituberculosa, etc.), el Banco de Previsión Social (BPS), el Banco de Seguros del Estado (BSE), la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y otros efectores de menor tamaño. Por otro lado, el sub-sector privado estaba compuesto por las IAMC, un conjunto de Seguros Privados totales y parciales (emergencias médicas, odontológicas, etc.), farmacias, casas de salud y entidades de menor relevancia. Por último se encontraba el Fondo Nacional de Recursos (FNR) de financiamiento mixto, que prestaba atención a la población de ambos sectores cubriendo prestaciones vinculadas a la medicina altamente especializada (Mitjavila et al, 2002).

### 1.3. El Sistema Nacional Integrado de Salud

La creación del SNIS constituyó una de las modificaciones más importantes dentro de la matriz de protección social desarrollada en el 2005 a partir de los siguientes principios: 1) Los beneficiarios de la política social contribuyen a su financiamiento en base a su ingreso y reciben los beneficios de acuerdo a sus necesidades, 2) Universalidad en el acceso (con prioridades en ciertos sectores de población), 3) Estado como conductor y regulador de las políticas, 4) Participación social a través de diferentes formas de organización, 5) Incremento presupuestal para hacer posible su ejecución (Olesker, 2015). De acuerdo a estos principios, la reforma sanitaria se orientó en la búsqueda del bienestar<sup>3</sup> (individual y colectivo) y la justicia social, considerando la salud como derecho humano esencial y como concepto en permanente evolución (MSP, 2009). Se priorizó la atención primaria en salud, la coordinación y complementación de los servicios bajo el fortalecimiento del MSP, avanzando en la descentralización y la participación ciudadana junto a la modernización en la gestión del Estado (OPS, 2009).

En el 2007, con la ley 18211, se creó el SNIS basado en la articulación de los servicios públicos (estatales) y los servicios privados sin fines de lucro (cooperativas y asociaciones mutuales), además de los seguros con fines de lucro que ya integraban el sistema al momento de la reforma. Las principales modificaciones para la implementación del SNIS se desarrollaron en el financiamiento, en la gestión y en el modelo de atención. Para el presente trabajo nos centraremos en el cambio desarrollado con el modelo de atención ya que creemos que permitirá la consolidación y expansión de la profesión en el campo de la salud, específicamente en el sector privado.

Modificaciones en el financiamiento: el artículo 265 de la ley 17930 de presupuesto nacional establece que el sistema se financiará por un Seguro Nacional de Salud, además de contar con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, de las empresas públicas-privadas y de los usuarios del sistema.

El fondo, materializado con la ley 18131, significó un progresivo proceso de ampliación de la cobertura desarrollada a partir de la seguridad social preexistente que estaba constituida por la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), destacándose la inclusión de

---

<sup>3</sup> Cabe destacar que la búsqueda del bienestar y de justicia social, comienza a pensarse y a gestarse a partir del año 1985 con el advenimiento de la democracia, y se refuerza luego de la mencionada, crisis del 2002-2003.

los menores a cargo de los trabajadores, sus cónyuges y los pasivos en general (Olesker, 2015).

La universalidad en el acceso y la protección financiera fueron los elementos que orientaron las modificaciones en relación al financiamiento, con el objetivo de revertir la inequidad que caracterizó al sistema anterior (Olesker, 2015).

Modificaciones en la gestión: El cambio fundamental respecto a la gestión se concentró en las nuevas funciones que adquirió el Estado, a través de la JUNASA<sup>4</sup>, como auditor, evaluador y fiscalizador del sistema imponiendo objetivos, metas, premios y castigos, cumpliendo con este objetivo fiscalizador, principalmente a través de los contratos de gestión.

Por lo expresado en el artículo 15 de la ley 18211, éste es un contrato que la JUNASA suscribe con los prestadores del SNIS por medio del cual se establecen explícitamente los compromisos y exigencias hacia los prestadores de salud y se incluyen, entre otras disposiciones, el PIAS, el pago por cápita y meta asistencial. Debido a que algunos de estos elementos se traducen en herramientas que facilitan el cambio del modelo de atención es que serán desarrollados a continuación.

Las Metas Asistenciales son una herramienta fundamental, ya que promueven el cumplimiento de objetivos sanitarios a través de un pago por desempeño y resultados obtenidos. El incumplimiento de las metas por parte de los prestadores implica la retención de pagos por parte de la JUNASA (MSP, 2009). También se encuentran los Programas Integrales de Prestaciones<sup>5</sup>: el artículo 5 de la ley 18211 establece que es competencia del MSP la aprobación de los programas que deberán brindar a los usuarios los prestadores tanto públicos como privados que conformen el SNIS. Serán actualizados de acuerdo a la realidad epidemiológica de la población y los avances científicos. El artículo 45 establece que incluirán actividades de promoción y protección; tratamiento adecuado y diagnóstico precoz; recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; acceso a medicación y recursos tecnológicos. Como veremos en el desarrollo de las entrevistas, el Trabajo Social en tanto

---

<sup>4</sup> El capítulo tercero de la ley 18211 crea la JUNASA como organismo desconcentrado dependiente del MSP, este es responsable de regular y administrar el seguro nacional de salud y ejercer vigilancia y control sobre los prestadores de salud a través de los contratos de gestión (MSP, 2009).

<sup>5</sup> Para mayor información sobre los programas se recomienda ver el decreto 464/008 aprobado en 2008 el cual establece el catálogo de prestaciones y la nómina con once programas prioritarios.

profesión se insertará en varios de estos programas a través de su integración en los equipos multidisciplinarios.

#### **1.4 Modificaciones en el modelo de atención**

El nuevo modelo de atención se fundamenta en la Atención Primaria de Salud (APS) basada en la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención<sup>6</sup>. Los cambios representaron un esfuerzo por eliminar la fragmentación y superposición de servicios existentes en los distintos niveles de atención tendiendo a la construcción de redes integrales de servicios (Olesker et al, 2015).

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. [...] El sistema de salud uruguayo es en términos generales altamente ineficiente presentándole el gasto en salud *per cápita* más alto de los países de América Latina, sin embargo no ha alcanzado mejores logros que los demás. (Bentura, 2011, p.70)

Las IAMC gastaban por beneficiario más del doble (un 118% más) en comparación con el sector público, agudizando la inequidad en la cobertura y las serias dificultades en el financiamiento de sistema (Mitjavila, Fernández, Moreira, 2002). Siguiendo a Bentura (2011), el exceso de actos clínicos y el modelo de atención (curativo y asistencialista) que priorizaba la alta y costosa tecnología fueron algunas de las causas de dicha ineficiencia. Este modelo, además, no logró responder a las nuevas demandas y necesidades de los distintos grupos de población porque “[...] ha optado por el poder tecnológico, olvidando el factor humano y su contexto, declarando la sola existencia de la enfermedad” (Bentura, 2009, p.30). Los perfiles epidemiológicos, consecuencia de las transformaciones sociales y demográficas, determinaron nuevos riesgos sanitarios asociados al aumento de las enfermedades crónicas, al proceso de envejecimiento poblacional y a la profundización de las situaciones de pobreza y de violencia social (Pereira, Monteiro, Gelber, 2005).

---

<sup>6</sup> El artículo 36 de la ley 18211 establece que el primer nivel de atención debe satisfacer las necesidades básicas de salud a través de actividades sectoriales dirigidas a la familia, la comunidad y el medio ambiente de forma de mejorar la calidad de vida del usuario. Se diferencia del segundo nivel (art 37) orientado a la atención integral de carácter clínico, quirúrgico y obstétrico, y del tercer nivel (art 38) que brinda tratamiento especializado y tecnología diagnóstica de acuerdo a determinadas patologías.

En el año 2004, la VIII Convención Médica Nacional definió una política de salud priorizando entre otros aspectos:

La reafirmación del concepto de salud, como derecho constitucional de los habitantes, expresada como posibilidad de acceso igualitario, a los niveles de atención requeridos, con independencia de la situación socio-económica [...] la puesta en vigencia de un modelo de atención bio-psico-social, que abarque las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención longitudinal familiar y comunitaria, priorizando la puerta de entrada al sistema a través de un primer nivel de atención jerarquizado, dotado de equipos interdisciplinarios, que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutivos. (8° Convención Médica Nacional, 2004)

Estos aspectos, al igual que la Carta de Ottawa de 1986 para la promoción de la salud<sup>7</sup>, compartían el mismo espíritu plasmado en la estrategia APS desarrollada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978. En dicha conferencia la estrategia fue definida como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo [...].

En el año 2005 los Estados miembros de la OPS aprobaron la renovación de la estrategia APS en las Américas afirmando que era el camino para la consecución de mejoras sanitarias equitativas y solidarias para toda la población considerando la salud desde un enfoque integral y priorizando el derecho de todo ser humano de gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (OPS, OMS, 2005).

Esto requiere de una atención en salud que sea capaz de influir en los estilos de vida de la población, considerando los determinantes (económicos, sociales, políticos, culturales) y las transformaciones epidemiológicas y demográficas (sedentarismo, urbanización, aumento de

---

<sup>7</sup> La promoción de la salud implica generar y otorgar a las sociedades las herramientas necesarias, de forma que aumenten su control sobre los determinantes de la salud para mejorarla (OMS, 1986).

enfermedades no transmisibles) que atraviesan a la sociedad e inciden fuertemente en los problemas de la salud poblacional. Conforme a estos objetivos es que la APS promueve la intervención desde un enfoque comunitario a partir de acciones intersectoriales (considerando el enfoque de género y las particularidades culturales) como forma de alcanzar la equidad en salud y aumentar el grado de desarrollo humano (OPS, 2007). Siguiendo los aportes de Starfield, la estrategia APS: “[...] es un tipo de atención que organiza y racionaliza el despliegue de todos los recursos (básicos y especializados) dirigidos a la promoción, conservación y mejora de la salud” (Starfield, 2001, p.9).

Los cuatro atributos que la autora desarrolla sobre la APS son: el primer contacto o puerta de entrada al sistema que facilita la accesibilidad en la atención y el uso de los servicios; la longitudinalidad, que permite conocer mejor al paciente garantizando la continuidad en la atención a lo largo del tiempo; la integralidad, que asegura servicios adecuados para responder a las necesidades de salud del usuario y la coordinación entre los distintos niveles, basada en la comunicación y los buenos sistemas de información. Las características, principios y valores que fundamentan la APS, hacen que continúe siendo la forma más equitativa y eficaz de organizar un sistema de salud<sup>8</sup>, desde un enfoque menos costoso para las personas y más rentable para la sociedad (OPS, 2007).

Siguiendo a Olesker, en el caso de nuestro país:

Aún persisten obstáculos a esta estrategia [...], en la formación de los estudiantes se sigue privilegiando la patología compleja, de baja frecuencia y que requiere uso de tecnología; hay carencia formativa en disciplinas sociales, promoción de la salud, abordaje comunitario, prevención, enfoque de género y otras áreas prioritarias desde la perspectiva de la salud colectiva. (Olesker, 2015, p.19)

De acuerdo al supuesto establecido en dicho estudio, la prioridad puesta en la APS como estrategia a ser implementada en el SNIS promovió un aumento en la demanda hacia el Trabajo Social, que requirió de un mayor número de profesionales capaces de trabajar en el abordaje de lo social como determinante de la salud. El incremento de la participación profesional en el sector fue producto de los cambios que el Estado promovió (a partir de las metas asistenciales) y que se ponen de manifiesto en los objetivos que se establecen en el

---

<sup>8</sup> Un sistema de salud son todas las organizaciones, instituciones y recursos que tienen como objetivo principal la mejora de la salud (OMS, 2005).

capítulo IV de la ley 18211. Entendemos, entonces, que el Trabajo Social logró posicionarse, fortaleciendo su rol y su intervención dentro del sistema privado de salud, y que contribuye desde la profesión al alcance de los siguientes objetivos:

A) Alcanzar el nivel de salud de la población más alto posible, mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B) Implementar un modelo de atención integral basado en una 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 cuidados paliativos.

C) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

Hemos desarrollado el contexto socioeconómico del país de las últimas décadas del siglo XX, que sentó los fundamentos para las reformas implementadas por el Frente Amplio a partir del 2005, entre ellas la reforma de la salud. Luego nos concentramos en las tres grandes modificaciones que se propuso esta reforma, centrándonos en el cambio en el modelo de atención en salud, donde el trabajador social logró reafirmar su inserción y participación en una institución privada de salud. Por este motivo a continuación se desarrollará el origen y las principales características de este sector en nuestro país.

## **2. Historia de las IAMC en Uruguay**

### **2.1. Los inicios del mutualismo en nuestro país**

Para Kruse (1994), la propagación del mutualismo y el cooperativismo en Europa, y posteriormente en América Latina, comenzó a partir de la Revolución Francesa.

El mutualismo uruguayo apareció hace un siglo y medio, cuando el 25 de setiembre de 1853 se fundó la Asociación Española de Socorros Mutuos (anteriormente solo existía en Montevideo el Hospital de Caridad). Logró su expansión a todo el país en la segunda mitad de siglo XIX (de 1853 a 1910), período en el que existieron en Uruguay 100 mutualistas étnicas (cada colectividad tenía su mutualista: españoles, italianos, etcétera): 37 cosmopolitas, 21 gremiales, 44 indefinidas, 29 católicas y 1 femenina. Los distintos requisitos que estas establecían para el ingreso hicieron que al comienzo muchas de ellas tuvieran pocos afiliados. En la década del 80 el mutualismo alcanzó una gran expansión: aumentaron las mutualistas gremiales, aparecieron las confesionales católicas, surgieron por primera vez las barriales y se crearon nuevas mutualistas comerciales (empresas con fines de lucro caracterizadas por estafar a médicos y afiliados) (Kruse, 1994). Cabe destacar que el Sindicato Médico del Uruguay<sup>9</sup> se opuso a las mutualistas comerciales por considerarlas contrarias a los fines del mutualismo (Avellanal, 1996). En la década del 90 comenzó a descender el crecimiento mutuo, lo que llevó, tal como se analizará en los siguientes apartados, a la profunda crisis del mutualismo (Kruse 1994).

Fue un movimiento social desarrollado fundamentalmente por inmigrantes<sup>10</sup> y proletarios para atender sus problemas de salud. Se diferenció de la caridad y la filantropía, que fueron formas de solidaridad de las clases medias y altas dirigidas hacia los pobres. Las mutualistas, en cambio, promovían la fraternidad, la solidaridad, el apoyo mutuo y la unión a través de la comunidad de sus afiliados, los inmigrantes. Además de atender aquellas cuestiones relativas a la salud de sus socios, cumplían diversas funciones: contribuían con la inserción laboral y social de sus afiliados, brindaban protección contra incendios, proveían panteones mutuales a sus socios, etcétera. En este sentido las mutualistas fueron también, “[...] una escuela de

---

<sup>9</sup> El SMU, creado en 1920, fue un actor relevante en la promoción del cooperativismo médico con la fundación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1934 (MSP, 2009).

<sup>10</sup> El fenómeno de la inmigración masiva influyó directamente sobre el origen del mutualismo, de hecho en 1860 el 35% de la población uruguaya era extranjera (Kruse, 1994).

participación social y cívica” (Kruse, 1994, p.11). Para el autor, algunas de estas formas de intervención social serían luego ejercidas por el servicio social, encontrando en el mutualismo una de las protoformas de la profesión.

## **2.2. Características generales de las IAMC**

Dentro del sector privado de salud las IAMC son el prestador más importante, se caracterizan por ser instituciones sin fines de lucro que brindan un seguro de prepago<sup>11</sup> y atención integral. Tal como se mencionó anteriormente, brindaban atención a grupos de inmigrantes que compartían ciertos requisitos.

El desarrollo y fortalecimiento de las mutualistas en las tareas de atención en salud llevó a la expansión de sus servicios a la población en general, consolidándose como Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (Arbulo, Pagano, Rak y Rivas, 2012).

Dichas instituciones estuvieron vinculadas a la seguridad social desde la década del 60, momento en que se establecieron los primeros seguros sociales por enfermedad<sup>12</sup> gracias a las movilizaciones sindicales de obreros. El Banco de Previsión Social (BPS), con los aportes de los trabajadores (proporcionales a sus ingresos) y empleadores, contrataba a las IAMC para dar cobertura de salud a los trabajadores privados que accedían por su condición de asalariados al derecho de afiliación percibiendo una prestación integral (Arbulo et al., 2012). Esto condujo a que en la década del 80 se iniciara un proceso de masificación de los afiliados, en este sentido Pereira, Monteiro y Gelber (2005) indican que “[...] esta ampliación de la cobertura del sistema, al tiempo que constituyó un avance en términos de ciudadanía social y protección para nuevos sectores, también impuso fuertes presiones sobre un sistema que comenzaba a funcionar al borde de sus posibilidades” (Pereira et al., 2005, p.146).

A fines de la década del 90 las IAMC experimentaron una fuerte caída en la cantidad de afiliados que se profundizó con la crisis del 2002 (a causa de la precarización laboral y la pérdida de empleo formal), dando paso al proceso de desfinanciamiento del sistema y el deterioro en la calidad en la atención. La cantidad de IAMC ubicadas en Montevideo se

---

<sup>11</sup> El gasto privado de las familias comprende los gastos de prepago y de bolsillo. La diferencia principal radica en que, mientras el gasto de prepago se efectúa de forma independiente del momento en que se recibe la atención en salud, el gasto de bolsillo implica la ejecución de un pago en el instante en que se obtiene dicha atención (Arbulo, Pagano, Rak y Rivas, 2012).

<sup>12</sup> En 1973 se unificaron los seguros por enfermedad y en el año 1979 se creó la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS) (Arbulo et al., 2012).

redujo, pasando de ser 54 en 1971 a 12 en 2004. Como consecuencia, el sector público se vio desbordado y saturado por el incremento de afiliados a ASSE (Pereira et al., 2005).

Como fue analizado en el primer capítulo, todo este contexto devino en la necesidad de una urgente reestructuración del sistema de salud. Cabe mencionar que luego de la reforma del sector, las IAMC siguieron ocupando un lugar fundamental en la provisión de servicios de salud hacia la población cubierta por la seguridad social (ahora a través del FONASA). Además del fuerte rol que las caracteriza, hay que considerar el poder que poseen las organizaciones profesionales y sindicales dentro de la salud, ya que en nuestro país los médicos, además de conducir y administrar las IAMC, son propietarios de dichas instituciones (Fuentes, 2010). Es por esto que en su gran mayoría se constituyen en Cooperativas de Profesionales.

A diferencia de las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP), las IAMC se encuentran reguladas por el Estado (MSP, 2009). El decreto-ley N° 15181, de agosto 1981, en su artículo 6 establece que las IMAC pueden ser de tres tipos:

- a) Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorguen a sus asociados, asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin.
- b) Cooperativas de Profesionales, las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas.
- c) Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente a los familiares de aquél.

La forma jurídica adoptada determinará, entre otras cosas, el tamaño de cada institución, estableciéndose distintas capacidades para la administración del riesgo asistencial de acuerdo a la cantidad y composición de los afiliados. Como ya fue analizado, la mayor parte de los usuarios que acceden a una IAMC lo hacen por medio de la seguridad social, pero existen también afiliaciones individuales y colectivas (MSP, 2009).

### **2.3. Datos de las IAMC antes y después del SNIS**

En el año 2006 existían 41 IAMC en todo el país (12 en Montevideo y 29 en el interior), con un total de 1.419.407 beneficiarios que representaban a casi la mitad de la población, alcanzando una cobertura del 43,6 %. La IAMC de mayor tamaño presentaba 237.703 afiliados, mientras que la más pequeña tenía 1.102 (MSP, 2009). Los datos extraídos de SINADI correspondientes a setiembre de 2018 revelan la existencia de 36 IAMC (11 en Montevideo y 25 en el interior del país), con un total de 2.156.045 usuarios, de los cuales la amplia mayoría (1.981.865) son afiliados por el FONASA. La comparación de datos evidencia un fuerte incremento en el número de afiliados que optaron por las IAMC luego de la puesta en marcha de la reforma de la salud. A su vez, una investigación establece que la cantidad de afiliados a las IAMC aumentó un 36% en el período 2004-2009, a razón principalmente de un crecimiento del 12,1% entre los años 2007 y 2008 en el contexto de la implementación del SNIS (MSP, 2009).

Cabe mencionar que la IAMC donde se realizó este estudio de caso surgió a partir de una fusión entre varios centros de atención (algunos de ellos existentes desde fines del siglo XIX) y se estableció como tal en el año 1958. En sus orígenes se propuso brindar servicios de internación médico-quirúrgica, ofrecer atención en policlínica y en domicilio, así como también proveer prácticas para los estudiantes de medicina, odontología, laboratorio, radiología y fisioterapia. Actualmente presenta la nómina con mayor cantidad de afiliados con un total de 312.074 socios, de los cuales 300.035 son afiliados FONASA (MSP, 2018).

### **3. Los orígenes del Trabajo Social**

En este capítulo se realiza una conceptualización del Trabajo Social a partir de sus orígenes, definición y objeto de estudio en un intento por comprender su inserción y trayectoria en el área de la salud.

#### **3.1. Profesionalización del Trabajo Social**

A continuación se expondrán algunos aportes que Freidson realiza sobre las profesiones. Para el autor, una profesión es “una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo” (Freidson, 1978, p.15). Las profesiones modernas nacen a partir de la relación con el Estado y otras ocupaciones, diferenciándose de estas últimas por su capacidad de autoregulación, autonomía e independencia. Se constituyen así como productos históricos en el sentido de que su origen depende del orden social y varía conforme a éste (Freidson, 1978).

El servicio social, en tanto profesión, surge fuertemente vinculada a la salud y al proceso de medicalización<sup>13</sup> de la sociedad Uruguaya de principios del siglo XX asociado a las estrategias higienistas desarrolladas en la modernidad.

Ortega sostiene que “el Servicio Social inició durante el período neobatllista un proceso de institucionalización creciente, caracterizado por su constitución como una profesión de mujeres, y por su inscripción jerárquica y técnicamente subordinada a otras profesiones del campo médico-sanitario” (Ortega, 2003, p.13). En este sentido, la secularización, la tardía hegemonía de la fuerza del Estado en el territorio nacional, la consolidación de los partidos políticos así como la temprana extensión de los derechos sociales fueron algunos aspectos que marcaron el transcurso de todo el siglo XX en nuestro país, promoviendo un contexto propicio para el desarrollo y la institucionalización del servicio social. Específicamente las tres primeras décadas del siglo, bajo el modelo Batllista, reforzaron la necesidad de un agente subalterno que sirviera de nexo entre las familias pobres y las instituciones educativas y/o sanitarias desde una lógica higienista fundada en la disciplina y el control. Este proceso, implicó una:

---

<sup>13</sup> La medicalización para Peter Conrad es un proceso a través del cual “problemas no médicos” son definidos y tratados como “problemas médicos” bajo la forma de enfermedades o desórdenes (Conrad, 1992).

Reorientación de las bases de la asistencia social y de la caridad, con la idea de fundar esos roles sociales en bases científicas. Aparecen argumentos en pro de reconstruir estas funciones sobre un trabajo remunerado y especializado, reglamentado desde el Estado, y ya no desde el voluntariado y la finalidad religiosa. (Ortega, 2003, p.39)

### **3.2. Tres grandes modificaciones para la institucionalización de la profesión**

Se describen a continuación tres transformaciones que Ortega analizó para comprender el proceso de institucionalización profesional. Estas se desarrollaron desde mediados de siglo XX y permitieron la incorporación de nuevas prácticas y funciones por parte del servicio social. Una de ellas implicó la modificación de las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales conforme al proceso de medicalización de la vida social. La segunda transformación se vinculó con las inflexiones acontecidas en el saber médico a partir de la generación de nuevas formas de intervención sobre los problemas de la salud. Se produjo una “endogenización de los modelos etiológicos” de las enfermedades, es decir que los problemas de salud dejaron de ser entendidos como consecuencia del medio social (externo al sujeto), para pasar a ser responsabilidad del individuo y su familia. La última transformación implicó la creación de nuevos centros de salud y agentes sanitarios debido a la necesidad de formar asistentes sociales bajo consignas individualizadoras, funcionales a esta nueva percepción y tratamiento de la realidad social a través del preventivismo<sup>14</sup>, la responsabilidad individual y la moralización (Ortega; 2003, 2011).

### **3.3. El Higienismo y el proceso de Medicalización**

Para Acosta, la génesis de la profesión fue producto de la secularización y del pensamiento positivista acorde al modo de producción capitalista de la época. “El estilo de pensamiento científico-natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será difundido como una forma ‘infra-estructural’ del poder estatal en la práctica del ‘higienismo’” (Acosta, 1998, p.11). Dicha práctica significó una nueva “racionalidad técnica” en respuesta a la cuestión social.

---

<sup>14</sup> Siguiendo a la autora, es bajo la influencia internacional del movimiento de salud pública preventivista originada en Estados Unidos, que surgen en este contexto, nuevos espacios de prevención y promoción de la salud.

De esta forma, la medicina se consolidó logrando expandirse más allá de su campo de acción tradicional. “Aparece la medicina como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias, que no tienen que ver directamente o solamente con la enfermedad y con la demanda de su cura” (Ortega, 2003, p.23).

Para Barrán (1992), la temprana secularización de la sociedad en nuestro país sentó las bases para el desarrollo de un proyecto socio-político y cultural de carácter modernizador liderado por las clases conservadoras desde una sensibilidad “civilizadora”. El control y el disciplinamiento ejercido sobre las clases populares consideradas peligrosas fue la forma de contrarrestar los malos hábitos de aquellos considerados “bárbaros”. Con la medicalización de la sociedad, el cuidado del cuerpo adquirió un valor supremo y pasó a ser objeto de observación e intervención por parte del saber médico, aliado al poder burgués y al poder masculino.

La medicalización de la sociedad —la asunción por la cultura de los derechos de la salud— tuvo, pues, su contra cara: la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes en el saber científico. (Barrán, 1992, p.17)

En suma, desde los aportes de autores como Barrán (1992), Kruse (1994), Acosta (1998) y Ortega (2003), podemos decir que el proceso de medicalización expresado en la estrategia higienista de fines de siglo XIX y principios de siglo XX estuvo fuertemente promovido por el proyecto político e ideológico del Estado Batllista asociado a la modernización del país. Se construyó una nueva institucionalidad que requirió nuevas formas de intervención sobre la realidad social.

En un primer momento, las estrategias higienistas desarrolladas en el novecientos sostenían que el medio era el causal de las condiciones sanitarias de la población (el peligro se encontraba fuera del individuo). Siguiendo a Ortega, “esta forma de consideración de los procesos de salud/enfermedad fue creando paulatinamente un espacio social propicio para la intervención de agentes no médicos que actuarían para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas” (Ortega, 2003, p.43).

Con el desarrollo de la estructura sanitaria se produjeron una serie de acontecimientos como la creación de nuevos hospitales y la fundación de instituciones para controlar las enfermedades infecciosas de principios del siglo XX. Un ejemplo de ello fue la creación en

1902 de La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, que en 1913 quedó en manos de la Asistencia Pública y la creación del Instituto Profiláctico de la Sífilis en 1917. Otros indicadores relevantes de este desarrollo fueron la Inspección Sanitaria de la Prostitución reglamentada en 1905, los consultorios de Gota de Leche y el Cuerpo Médico Escolar creados en 1908 y las Inspecciones Departamentales de Higiene establecidas en 1910 (Barrán, 1992).

### **3.4. El Hospital Maciel, antiguo Hospital de la Caridad**

El proceso de medicalización de la sociedad puede observarse en el caso del Hospital de la Caridad, donde Kruse (1994) encuentra una de las protoformas del servicio social. Este hospital, creado entre 1787 y 1788 bajo la dirección de La Hermandad de la Caridad, fue el único centro hospitalario hasta 1860, año en el que se inauguró el primer hospital para enfermos mentales (Hospital Vilardebó). Éste, así como todos los hospitales públicos, fue administrado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública hasta el surgimiento de la ley 3724, en el año 1910, por la cual se creó el Consejo de Asistencia Pública y se consagró el derecho a la asistencia. En ese momento los médicos sustituyeron a las hermanas de la caridad como agentes no subordinados, y pasaron a ocupar lugares de poder y prestigio social. Es precisamente en este contexto que el Hospital de la Caridad pasó a denominarse Hospital Maciel de carácter laico. Siguiendo a Acosta, “estas organizaciones institucionales con finalidades caritativas y de asociación, en las cuales la cura de la enfermedad era una finalidad más y el médico un agente institucional subordinado, serán en el siglo XX medicalizadas” (Acosta, 1998, p.14).

El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad: Ese descubrimiento, por lo que fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. (Barrán, 1992, p.11)

El proceso de medicalización alcanzó también a las sociedades de socorro mutuo, desarrolladas a partir de 1853 en nuestro país. Estas organizaciones vinculadas al movimiento obrero prestaban atención a los sectores populares de inmigrantes bajo una lógica filantrópica como forma de disciplinamiento y control (Kruse, 1994).

### **3.5. La visita domiciliaria como herramienta de control**

Para Kruse, la filantropía y la caridad eran dos estrategias diferenciadas de ayudar a los sectores pobres, pero ambas utilizaban la visita domiciliaria como herramienta de asistencia a “los pobres pero virtuosos” (Kruse 1994).

A partir de la visita domiciliaria desarrollada durante todo el siglo XIX el autor analizó los orígenes de la profesión. En un primer momento, esta práctica fue ejercida por las Damas de la Caridad sobre las cuidadoras y las nodrizas (a cargo de los niños huérfanos del Santo Hospital de Mujeres y Casa de los Niños Expósitos). “Lo importante es resaltar que la visita domiciliaria pasó de ser un medio de control social de la clase alta sobre la conducta de los pobres, a ser una forma de solidaridad entre los menos privilegiados” (Kruse, 1994, p.94). Así apareció en la década del 50 la figura del andador dentro del mutualismo. Este era un par del desocupado al cual visitaba ofreciéndole oportunidades de trabajo de la Bolsa de trabajo mutual. Siguiendo a Kruse, a partir de 1881 esta práctica adquirió progresivamente elementos educativos sin dejar de ser una herramienta de carácter inspectivo y represivo. En ese año Luis Piñeiro del Campo relevó de sus funciones a las Damas de la Caridad reemplazándolas por los inspectores externos y sus colaboradoras, las “corredoras” del Asilo de Huérfanos y Expósitos. “Evidentemente, la visita domiciliaria había comenzado a tomar un nuevo rumbo. Era una tarea técnica (función del médico) pero también era una tarea educativa y moralizante (función de la mujer)” (Kruse, 1994, p.99).

Para Acosta:

A través de la inspección se conseguía tornar “pública” la vida privada de las capas populares. La constitución de esta esfera privada (íntima, en el límite) es parte constitutiva del proceso de modernización. Así entonces, a través del trabajo de la visitadora, aquello que había sido apartado de la mirada pública podía volver a través de una mirada “técnica”, consiguiendo así mantener la privacidad de los comportamientos íntimos. (Acosta, 1998, p.14)

### **3.6. Figuras antecesoras de la profesión**

Siguiendo al autor, la internación y la inspección en domicilio eran las formas de intervención ante las principales enfermedades infecciosas del siglo XX, como la sífilis y la tuberculosis. Por un lado, la vigilancia y el control de la sífilis en las prostitutas fue realizada por médicos inspectores con ayuda de la policía sanitaria. Por otro lado, en referencia a la tuberculosis aparece la figura del inspector considerado un antecedente de las futuras

visitadoras sociales. Su rol consistía en evaluar *in situ* las necesidades y los medios de vida del paciente (ocupándose de los aspectos sociales además de lo clínico) y otorgar un subsidio económico para lograr la modificación de las conductas de los sectores populares.

Las “enfermeras visitadoras”<sup>15</sup>, formadas en la Cruz Roja a pedido de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis en el año 1925, son otro antecedente de la profesión. De esta forma, según Kruse, el Dr. Joaquín Caldeyro afirmaba que:

[...] el médico que pasa visita en su servicio de tuberculosos, es acompañado además de su interno y de la enfermera, por la asistente social, quien deberá preocuparse de todo lo relativo a la parte social del enfermo, es decir, su familia, sus hijos, su medio y condiciones de vida, la posibilidad de encontrarles trabajo, recursos, etc. La asistente social es una cosa distinta a la enfermera visitadora, es su complemento y creada al principio para los casos de tuberculosos, sus beneficios se extenderían en breve a todos los hospitalizados. (Kruse, 1994)

Las visitadoras sociales de higiene son, para el autor, las antecesoras directas de los Asistentes Sociales. En concordancia con lo anteriormente descrito por Kruse, Acosta concluye afirmando que:

La visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las Hermanas de Caridad. Será cuando los médicos se tornen agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado-la visitadora social-y no antes. (Acosta, 1994, p.21)

### **3.7. El rol del Estado en el proceso de profesionalización del Servicio Social Uruguayo**

En este sentido, Ortega sostiene que la influencia de la Iglesia Católica en la construcción del campo profesional Uruguayo fue relativizada por el proceso de secularización iniciado a

---

<sup>15</sup> De acuerdo a lo expresado anteriormente, Kruse (1994) desarrolla que en 1926 el Consejo de Educación Primaria le solicitó a la Facultad de Medicina la formación de “visitadoras escolares” y en 1927 se dictó el primer curso en el Instituto de Higiene Experimental de la propia facultad. Los cursos universitarios cesaron entre 1933 y 1934 y en 1935 se realizaron en la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social del Ministerio de Salud Pública que recién se había creado.

fin del siglo XIX y consolidada posteriormente por el Estado Batllista. Esto quiere decir que, si bien en sus inicios el servicio social estuvo asociado a instituciones de caridad:

Rápidamente el Estado, anticipándose o no, con su gestión a las demandas sociales tuvo un papel central en el armado de una sociedad “hiperintegrada”. En ese complejo proceso no sólo de instauración de políticas sociales fuertes sino además de ampliación de los procesos de medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización del Servicio Social. (Ortega; 2003: p.150)

Se puede ver aquí cómo la profesión se desarrolló bajo el proceso de medicalización, vinculada al área de la salud y a la construcción del Estado Batllista, determinantes fundamentales para su institucionalización. En concordancia con Freidson, las profesiones nacen en relación con el Estado: “La autonomía profesional no es absoluta: el Estado detenta el poder último y garantiza autonomía condicional para algunos” (Freidson, 1978, p.39).

### **3.8. Algunas puntualizaciones**

En el análisis realizado por Bentura (2011) sobre el servicio social en el campo de la salud, la autora afirma la existencia de un proceso de desinstitucionalización de la salud en los sectores académicos, que produce la inexistencia de acumulación teórica y la ausencia de discusión y reflexión en el sector. Para entender este proceso, desarrolla algunos elementos determinantes en la profesionalización del servicio social (que ya hemos venido analizando en el presente capítulo), como, por ejemplo, la posición predominante que ocupa la profesión médica poseedora del monopolio del objeto institucional que es la salud. En este sentido Bentura afirma que:

Estamos entonces en un campo de poder donde la lucha por la distribución de dichos espacios es muy difícil de modificar debido a la configuración de un poder médico hegemónico y una subordinación del Servicio Social producida desde su génesis. Y creemos que posiblemente sea imposible si los profesionales no logran una formación académica que les otorgue mayor capital (de un capital valorado en este campo) para competir. (Bentura, 2011, p.37)

La cultura corporativista existente en el campo médico, muchas veces contraria a los discursos promovidos desde las instituciones, es otro aspecto a resaltar ya que obstaculiza y condiciona el accionar de nuestra profesión. De esta forma, Bentura expresa la necesidad de

“pensar en un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que nos ha caracterizado” (Bentura, 2011, p.58). La necesidad de formación técnico-operativa en el trabajo social, planteada por la autora, se vuelve fundamental para la construcción de un profesional que sea capaz no sólo de dar respuestas operativas ante las demandas institucionales, sino también que pueda interpretar e interpelar los fenómenos sobre los que desarrolla su acción a través de una formación teórica consolidada y fundamentada.

Siguiendo el supuesto que guía esta aproximación, la reforma del sector supuso la priorización de determinadas áreas que requerían de un abordaje social para su intervención, posibilitando un posicionamiento y un accionar diferente por parte de algunas profesiones, entre ellas el trabajo social. En este contexto, la necesidad de estos requerimientos se consolida aún más a medida que se produce, a partir del SNIS, un incremento en las demandas de intervención hacia la profesión.

## 4. Del análisis de las entrevistas

### 4.1. Generalidades

En la indagación que se llevó a cabo se planteó un análisis descriptivo a través de una metodología cualitativa aplicada a un estudio de caso. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, cada una compuesta por quince preguntas, dirigidas a cuatro profesionales que conforman el equipo de Trabajo Social de una IAMC en particular, cuya sede central se encuentra en Montevideo y una entrevista efectuada a una profesional que trabajó como Trabajadora Social en la misma IAMC del 2000 al 2008. Como puede observarse, esta última trabajó en el período previo a la implementación del SNIS. En este sentido, y de acuerdo al objeto de estudio propuesto, nos pareció oportuno contrastar los discursos para analizar el desarrollo de la profesión en una IAMC en particular antes y después de la ejecución de la reforma.

Recordemos que el supuesto desarrollado en este estudio consiste en que el cambio del modelo de atención implementado a partir del SNIS promovió un aumento en la demanda profesional que generó nuevos espacios de intervención profesional en el sector de la salud, incrementándose no sólo las funciones profesionales sino también la cantidad de Trabajadoras Sociales de la institución.

En este capítulo se intentará dar respuesta a los dos objetivos específicos formulados a partir del análisis de los discursos de las cinco entrevistadas.

En primer lugar parece importante señalar que las cinco entrevistadas son mujeres, factor que permanece invariable en el tiempo, teniendo en cuenta que la profesión se compone desde sus orígenes en su amplia mayoría por mujeres. De hecho, el primer censo de egresados de Trabajo Social destacó que el 92% de las personas que contestaron la encuesta eran mujeres (Claramunt, García, García; 2015).

Por otro lado, todas las entrevistadas manifestaron haber elegido trabajar en el campo de la salud (comenzando la mayoría de ellas su inserción en el ámbito de la salud pública<sup>16</sup>), aspecto que refleja el valor simbólico de la profesión en esta área y el esfuerzo personal de

---

<sup>16</sup> Cabe destacar que la salud pública se constituyó en un espacio de trabajo tradicional debido a la presencia que históricamente ha tenido la profesión en este campo. El primer censo de egresados de Trabajo Social arrojó que el sector público o estatal es el de mayor inserción de los egresados (60% de ocupados respecto a su único trabajo o trabajo principal), siendo que un 11% se desempeña en ASSE (Claramunt, et al; 2015).

integración a un campo que no venía teniendo la mejor reputación, por decirlo de alguna forma, teniendo en cuenta el proceso de “desinstitucionalización”<sup>17</sup> de la salud en el campo académico, lo cual no responde estrictamente a que en el campo profesional no exista una demanda a nuestra profesión” (Bentura, 2011, p.7).

Por último, las cuatro profesionales que actualmente integran el equipo de Trabajo Social manifestaron sentir que su trabajo era cada vez más reconocido y tenido en cuenta por la institución y el resto de las profesiones que integran el sector.

#### **4.2. Cambios: tareas, funciones, intervenciones y demandas**

Las áreas o programas de intervención social se relacionan directamente con las metas asistenciales, ya que su obligatoriedad hace posible la instrumentalización del cambio en el modelo de atención.

“[...] Creo que las metas asistenciales han sido una herramienta fundamental para guiar nuestro rol en la salud [...] la profesión fue ganando espacios en esta institución pero fue un proceso lento y complejo, requirió de mucho esfuerzo. Con el tiempo la dirección de la institución autorizó el ingreso de nuevos profesionales al equipo” (Entrevista 2).

“Trabajo social forma parte del equipo de Adicciones, del Equipo de referencia en violencia basada en género y generaciones (ERVBBG), del Comité de niños y adolescentes, Área de salud Mental, Cuidados paliativos, Unidad de Notificación y Apoyo a personas que presentan VIH (UNAP), Área de Salud sexual y Salud reproductiva, atención en primer y segundo nivel, emergencia y docencia intrainstitucional” (Entrevista 2).

Por tanto, podemos pensar que la relevancia adquirida por el Trabajo Social a partir del SNIS se pone de manifiesto con su participación y su requerimiento en varios de los programas prioritarios establecidos por el MSP. En la actualidad, y conforme a la información obtenida por las entrevistadas, el accionar profesional atraviesa por lo menos

---

<sup>17</sup> Para la autora, este proceso alude a la falta de discusión y acumulación en el ámbito académico en relación al campo de la salud, generándose como consecuencia un alejamiento entre ambos espacios-académico y profesional (Bentura; 2011).

ocho de los catorce programas establecidos por el MSP<sup>18</sup>, a saber: Salud en la niñez, Adolescencia y Juventud, Violencia Basada en Género y Generaciones, Salud Sexual y Salud reproductiva, ITS-VIH /SIDA, Adulto Mayor, Cuidados Paliativos, Salud Mental.

En función de poder visualizar el incremento de la demanda a partir de SNIS, tomaremos la entrevista realizada a la profesional que trabajó en la institución previo a dicha implementación.

“No existía un equipo de Trabajo social. Yo era la única asistente social en la institución, comencé integrando únicamente el equipo de la UNAP, de hecho mi superior era el médico encargado de esa área. En el 2006 o 2007 se formó el equipo de Violencia Doméstica, en ese momento comencé a integrar el equipo junto a una psicóloga, una psiquiatra y una nurse” (Entrevista 5).

“La cantidad de asistentes sociales aumentó a partir de mi renuncia, que coincidió con la posterior creación del FONASA” (Entrevista 5).

A partir del SNIS comienza a desarrollarse un proceso que tiende al fortalecimiento institucional de la profesión y que se expresa no sólo en el aumento respecto a la cantidad de Trabajadoras Sociales (de una profesional trabajando en la institución en los años previos al SNIS a cuatro en la actualidad, sin considerar una estudiante avanzada que actualmente forma parte del equipo), sino que también se observa un incremento en la demanda profesional, lo que creemos podría llegar a redundar en un incremento en la autonomía y en la legitimación de la profesión que pasa de integrar dos equipos de trabajo (UNAP y violencia doméstica) a participar en por lo menos ocho espacios diferentes de intervención. En este sentido, una de las entrevistadas expresaba lo siguiente:

“Con el sistema nacional integrado de salud la población de la mutualista cambió porque muchos de nuestros usuarios vinieron de ASSE, aparte de que se incrementó cambiaron las demandas. Me parece también que cambió la situación de los usuarios de la mutualista, que las necesidades empezaron a ser otras, y había que ir cubriendo esas necesidades de alguna manera. Empezamos a coordinar con instituciones públicas, con el BPS, el MIDES, con algunos programas como Uruguay Crece

---

<sup>18</sup> La totalidad de los programas de salud que establece el MSP en la actualidad se encuentra disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/areas-programas-salud>

Contigo, en fin, coordinaciones para atender las necesidades que requiere la vulnerabilidad social de esta nueva población” (Entrevista 1).

Podría suponerse que esta población, que viene de ser atendida en el sector público, plantea una transferencia de demandas que antes eran dirigidas a los servicios de ASSE a las IAMC. Esta transferencia hace necesarias (entre otras cosas) las coordinaciones que menciona la entrevistada (con el sector público), y esto podría relacionarse con la incorporación del trabajador social como profesional calificado en la atención de lo social en función de la salud poblacional. Esto se vería reflejado en el aumento del número de profesionales y de los lugares de inserción del mismo, regulado, sugerido y, algunas veces, dictaminado dentro del marco del SNIS por el Estado.

“[...] a mí me habían contratado sólo para el área de adicciones, pero con el tiempo me pidieron que empezara a intervenir en otras áreas que requerían de nuestra profesión” (Entrevista 2).

“[...] participamos en la creación y aplicación de algunos formularios que apuntan a prevenir situaciones de riesgo, por ejemplo el formulario de ideación suicida que se aplica a usuarios de entre diez a diecinueve años con la intención de prevenir el suicido adolescente” (Entrevista 2).

Otra de las entrevistadas refería que:

“[...] participo desde UNAP en las consejerías que realizamos a los pacientes, en el proceso que empieza en el momento en que se solicita la prueba de VIH [...] es una instancia que apunta a educar y prevenir para que la persona pueda tomar decisiones informadas” (Entrevista 4).

En este punto, y considerando las dos últimas referencias de las entrevistadas, podemos pensar en las estrategias de prevención y promoción que se plantean ya desde las APS y que podrían fortalecerse en algunas de estas intervenciones enmarcadas en el SNIS, muchas veces atravesadas por el cumplimiento de las metas prestacionales. Aquí, otra vez el poder rector del Estado.

“[...] como te decía, parte de nuestra tarea implica coordinar de forma inter e intrainstitucional con equipos que lleguen al territorio y aborden al paciente desde otros ámbitos, creo que nuestra intervención tiene ciertas limitaciones ya que por

ejemplo no vamos al domicilio del paciente, pero sí interactuamos con otras áreas dentro y fuera de la institución que lo hacen” (Entrevista 1).

Creemos que lo antedicho podría reflejar el fortalecimiento intramuros de la intervención profesional y, a su vez, una posible restricción a ese espacio, quizá en detrimento del trabajo fuera de la institución.

Enfocándonos también en responder al primer objetivo, se analizarán (a modo de ejemplo) las funciones que desarrolla la profesión a partir de su inserción en los equipos que responden a dos programas del SNIS. Los elegimos porque en su creación se explicita la necesidad de la presencia del área social en la conformación de dichos equipos. Siendo estos: el equipo de Violencia basado en Género y Generaciones (ERVBGG) y el de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Si bien la Ley de IVE es posterior a la creación del SNIS, es desde este marco en el que se da la intervención.

Importa señalar que estas prácticas serán examinadas desde las cuatro dimensiones del Trabajo Social planteadas por Adela Claramunt (investigativa, asistencial, socioeducativa y ético política), ya que creemos que nos acercan a la comprensión sobre las funciones propias del Trabajo Social.

Respecto a la función profesional en el ERVBGG, la entrevistada relata que el trabajo consiste en “brindar atención, asesoramiento, seguimiento y derivación a niños, mujeres mayores de 15 años y adultos mayores que sean víctimas de una situación de violencia” (Entrevista 2).

En este sentido entendemos que el trabajo de prevención y seguimiento realizado por las trabajadoras sociales, hace a la dimensión socioeducativa de la profesión ya que permite “[...] incidir y transformar de algún modo las formas de pensar y de actuar de las personas con las que trabajamos [...] procurando su efectiva participación y su conformación como sujetos protagonistas” (Claramunt, 2009, p. 97). Parte de la tarea profesional se centra en fortalecer aquellos espacios donde los sujetos puedan problematizar y desnaturalizar su situación de violencia promoviendo, desde la intervención socioeducativa, la producción de un proceso de carácter emancipador. Para ello, el profesional deberá posicionarse “[...] en el espacio intermedio entre la necesidad y su resolución” (Claramunt, 2009, p. 99).

La misma profesional señalaba que “este equipo participa en la red de Violencia Doméstica del MSP, lo que hace que tenga a su cargo la capacitación del personal de la salud”. Como ejemplo de ello, el equipo participó en la creación del manual clínico dirigido a

la “Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual”, realizado con el objetivo de brindar herramientas a los equipos de salud, promoviendo la erradicación y prevención de la violencia hacia las mujeres. Estas acciones se enmarcan en los principios rectores del SNIS “[...] con una política pública fuertemente comprometida en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y dentro de éstos, de la Violencia Basada en Género y Generaciones” (OPS, OMS, 2018, p.9).

Lo antedicho hace a la dimensión investigativa del Trabajo Social, en este caso, a través del desarrollo de estudios sobre la realidad en la cual interviene. Siguiendo a Claramunt, la comprensión de la realidad social requiere de la producción de conocimientos por parte del profesional que sustenten su acción permitiéndole reconstruir su objeto de intervención, “si no se produce [...] la necesaria desnaturalización de los problemas que se le presentan como tales al profesional, no hay una efectiva autonomía en el quehacer y por ende no se produce un efectivo domino acerca de él” (Claramunt, 2009, p.94).

En el área de Salud Sexual y Salud reproductiva se enmarca la otra práctica profesional que vamos a analizar, como ya dijimos, a modo de ejemplo. La profesión participa de esta área por medio de su integración en el comité de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Es en la ley 18987 donde se establece la conformación de un equipo interdisciplinario compuesto por al menos tres profesionales, destacándose la participación de un médico ginecólogo, un profesional del área de salud mental y un profesional del área social. Respecto a este último, se expresa que “brindará asesoramiento sobre decisiones personales y familiares, los alcances de esta ley y sus derechos y sobre las prestaciones sociales de trabajo y vivienda, etc., la posibilidad de entrega en adopción, y el apoyo de redes sociales [...]” (MSP, 2013, p.13). Cabe destacar que las funciones que expresó desarrollar la entrevistada integrante del equipo de IVE, coincide con lo expuesto por el presente documento.

Podemos percibir aquí la puesta en práctica de la dimensión asistencial, desde el momento en que la profesional informa y facilita el acceso a los recursos y servicios existentes, intermediando entre las demandas de los usuarios y las instituciones prestadoras de estos servicios. Este tipo de intervención adquiere relevancia porque “[...] se halla asociada a la habilitación de los derechos de los beneficiarios de los mismos en su calidad de ciudadanos” (Claramunt, 2009, p. 96).

Si bien la dimensión asistencial existe, y responde muchas veces a la demanda, es una preocupación para las entrevistadas que sea básicamente la única dimensión visible y que su tarea muchas veces se vea reducida a la dimensión asistencial. Esto, en parte, podría

contrarrestar la legitimidad de la profesión y convertir al trabajador social en un gestor de recursos.

“En pleno siglo XXI siguen existiendo profesionales que solo ven al Trabajo Social como una profesión que provee recursos o soluciona lo que nadie más entiende” (Entrevista 2).

“[...] La visión que ellos tienen y lo que esperan de nosotros es que mágicamente hagamos un despliegue de recursos ante carencias materiales y económicas” (Entrevista 4).

Por último, siguiendo a Claramunt (2009), la dimensión ético-política atraviesa toda la práctica del trabajador social (en cada una de las dimensiones del quehacer profesional) por medio de valores y principios que dirigen la acción y dan sentido a la intervención, de manera de garantizar lo expuesto por el Código de Ética Profesional:

[...] Como profesionales tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, o sea, de escoger conscientemente, con protagonismo, las alternativas para una vida social digna [...] Pero es necesario establecer las mediaciones de esa proyección social en la profesión, o sea traducir los valores de emancipación humana en la práctica cotidiana (Código de ética, 2001, p.2)

En este sentido, uno de los desafíos para el Trabajo Social en el contexto actual es “[...] que estas orientaciones impregnen el ejercicio cotidiano de los trabajadores sociales, es decir que el “deber ser” se traduzca en “el ser” de la profesión” (Claramunt, 2009, p.101).

### **4.3. La profesión, su autonomía y legitimidad**

A través de algunas interrogantes que formaron parte de la pauta de entrevista, se intentó indagar el grado de autonomía profesional alcanzado en una IAMC en particular.

Ya hemos desarrollado en el tercer capítulo algunas consideraciones que ayudan a comprender el proceso de profesionalización del Trabajo Social desde los aportes de Freidson. El interés por estudiar la autonomía profesional en este campo surge porque además de ser la autonomía técnica lo que define a una profesión, permitiéndole ejercer el control de su propio trabajo, es lo que “le da medios para ser un profesional libre” (Freidson; 1978, p. 60). Siempre considerando que la autonomía se genera a partir de la relación que se establece

con el Estado, en palabras del autor, “[...] a través de un proceso de negociación política de persuasión, la sociedad es llevada a creer que es conveniente conceder a una ocupación el status profesional de autonomía reguladora propia” (Freidson, 1978, p. 93). Siguiendo a Beltrán y tal como será analizado en este capítulo:

A autonomia é sempre relativa é não é incompatível com a inserção dos profissionais em organizações burocráticas públicas ou privadas, na medida em que a existência da subordinação hierárquica do profissional não é impedimento para que possa autorregular os conteúdos e a forma do seu trabalho. (Beltrán, 2013, p.28)

Vinculado a la autonomía, y a la legitimación de la profesión, en las entrevistas aparece como fundamental la ganancia de un espacio físico de trabajo:

“El desarrollo que ha tenido el trabajo social, el equipo y la coordinación ha permitido ganar otro espacio físico específico que es el lugar del trabajo social ahora dentro de la institución que antes era necesariamente compartido” (Entrevista 4).

Aquín (2009) menciona la autonomía ligada a la legitimación y al monopolio, refiriéndose de esta manera al quehacer propio del trabajo social, a la legitimidad que se presenta desde el posicionamiento subjetivo del trabajador social, a la formación específica del mismo y al reconocimiento de dicha especificidad por parte de él o los otros profesionales. Y por último el monopolio, que hace a la exclusividad de la tarea del profesional sobre un cierto trabajo que le es, como dijimos, específico por formación. También plantea la conflictiva relación de poder que se da en este juego de saberes interdisciplinarios. Por todo lo antedicho, la misma autora alerta sobre la necesidad de la conciencia de todos estos temas por parte de los trabajadores sociales.

En el mismo sentido, Beltrán plantea la necesidad de contar con:

[...] um corpo de conhecimento suficientemente abstrato e complexo que requer um aprendizado formal prolongado; uma cultura profissional sustentada por associados profissionais; uma orientação para as necessidades da clientela e um código de ética. Essas características formais, conjuntamente consideradas, tem a função de garantir o controle ocupacional, e a autonomia definida em termos de autorregulação. (Beltrán, 2013, p. 23)

También se indagó sobre el origen de la demanda de intervención, intentando determinar quién o quiénes definen las tareas realizadas por las entrevistadas.

“En sí el pedido lo hace el médico, pasa a dirección de sanatorio y después nos llega a nosotras, es como una cadena. Por otro lado, hay ciertas tareas que son determinadas por la coordinadora del equipo” (Entrevista 1).

“La demanda proviene de las políticas de salud impartidas por el Ministerio de Salud Pública y la Gerencia General y Dirección Técnica de la Institución” (Entrevista 2).

“En lo que refiere a la policlínica, como ya mencioné, estamos determinados por una ley la cual orienta a la hora del trabajo. En relación a las tareas y estrategias fueron pensadas siempre por parte del equipo y cada profesional en su disciplina. A nivel administrativo el equipo de salud sexual y reproductiva tiene un jefe encargado (ginecólogo) y personalmente respondo a la jefatura de Trabajo Social” (Entrevista 3).

“[...] Las tareas las determino yo, en el sentido de que tengo que armarme un mapa profesional, que tiene que ver con la demanda primaria que existe y el ir construyendo esa demanda a nivel profesional y considerar el contexto institucional en el cual estoy, porque si bien el SNIS nos dio herramientas, existen objetivos institucionales, la misión y la visión institucional y la lógica de un prestador privado que hacen al contexto en la construcción de la demanda y la satisfacción de la misma a partir de la intervención de un trabajador social, y es a partir de ahí que voy dando respuestas, sin perder de vista lo que son los principios éticos y los derechos de los pacientes dentro del contexto institucional de una lógica de prestador privado del SNIS” (Entrevista 4).

Respecto a lo referido por la cuarta entrevistada, Bentura afirma que:

Las prácticas profesionales se encuentran de esta manera subordinadas a la lógica institucional operando esto con mayor o menor fuerza de acuerdo a los grados de autonomía que la profesión haya conquistado y a los espacios logrados en las luchas por el valor simbólico de su capital específico lo cual está íntimamente relacionado con el abordaje que la profesión realiza respecto del objeto institucional. (Bentura, 2011, p.56)

Siguiendo a Weisshaupt, el contexto institucional se configura en un campo de lucha por la legitimidad y el estatus quo de los agentes institucionales, siendo el lugar donde se producen las relaciones de fuerza y el conflicto por los distintos intereses en juego: [...] a instituição não deixa de ser instrumento de dominação, mas apresenta a dominação como legítima” (Weisshaupt, 1988, p. 27). Para el autor, el médico se constituye en un agente privilegiado del campo sanitario por poseer el dominio del objeto institucional, “enquanto o assistente social, agente reconhecidamente necessário, viabiliza a mesma ação na perspectiva da apropriação do objeto que, no caso, seria a saúde. (Weisshaupt, 1988, p.29)

De esta forma, y en concordancia con lo mencionado en las entrevistas, la profesión “[...] se incorpora de forma subsidiaria para la intervención en algunos aspectos que escapan al dominio médico como lo son las intersecciones entre la institución y los usuarios” (Bentura, 2011, p. 57).

Conforme a lo expresado anteriormente, una de las profesionales afirmaba que:

“El generar la interdisciplina desde el trabajo social es un desafío continuo y constante porque prima la lógica medica hegemónica [...], por eso es tan importante el trabajo en equipo, porque permite la interacción e incluye lo social a toda la salud” (Entrevista 4).

“El ámbito social y el entorno de las personas son tomadas más en cuenta en relación a los tratamientos y se ha entendido la importancia de nuestra intervención en este nivel en coordinación con otras disciplinas para lograr mejores resultados” (Entrevista 3).

El cambio en el modelo de atención, que se sustenta en la estrategia de APS y que prioriza el abordaje integral de las personas desde un modelo bio-psico-social, ha sido fundamental ya que habilitó la formación de los equipos multidisciplinares en los distintos programas prioritarios de salud, entre los que se destaca la figura del trabajador social, habilitando mayores espacios de inserción y participación profesional, pero es un cambio inacabado. Implica un trabajo continuo en el tiempo que necesita de un cambio cultural que trascienda a los técnicos y profesionales de la salud alcanzando a toda la sociedad.

A su vez, y respecto a la autonomía profesional, Aquín desarrolla que un “[...] reposicionamiento más simétrico en el campo, producto de un mayor grado de legitimidad, no se logra a través de acciones individuales, si no de estrategias de reproducción

ampliada de las instituciones propias de la profesión, la academia y el gremio” (Aquín, 2009, p.131).

Es decir que la demanda, la legitimación y la autonomía de la profesión se van a ir configurando y constituyendo en el hacer en equipos y en el propio fortalecimiento personal de las entrevistadas. Cada una de las áreas donde se desempeñan las profesionales exige una reacomodación cotidiana desde la profesión. Exige formación y un repensarse en el rol para no quedar sumido en el pedido o la demanda del otro profesional y romper con la condición de origen que nos vincula, siguiendo a Bentura (2011), a una profesión de carácter auxiliar y administrativa. Ser un integrante de un equipo de salud, donde cada uno aporte desde la especificidad para atender la demanda del paciente. Los equipos deben pensarse subordinados a la demanda y no a una profesión.

### Consideraciones finales

Luego de todo este trabajo, nos gustaría comenzar con una reflexión que subyace a todo el recorrido realizado. Y es más una alerta, un estar atentos al ejercicio del rol. Una necesidad de repensarnos cada día en función de no ser una herramienta de contralor, que reproduzca el modelo socio económico, sino que seamos agentes de cambio. Convertirnos y reinventarnos para contribuir a la producción de estados de salud que se avengan a la necesidad de los hombres y mujeres de este país en tanto ciudadanos con derechos y deberes, pero siempre respetando y priorizando la libertad del otro.

Y ahora sí, en lo que hace a la discusión final según los objetivos de esta monografía:

La profesión como tal tiene una larga trayectoria en el sector salud y específicamente en el Mutualismo (donde Kruse desarrolla algunas de las protoformas de la profesión). Aun así podemos ver que, especialmente el trabajo en el mutualismo, se está gestando día a día en permanente cambio, cosa que por un lado es prometedora, en tanto posibilidades nuevas y visibilidades nuevas, y por el otro es una tarea difícil, la de asumir el cambio constante.

La visualización de la necesidad de su inclusión es tenida en cuenta desde la obligatoriedad de la ley (la creación del SNIS), es decir desde el Estado, y también desde el aparente incremento de demandas a ser atendidas (*aparente incremento* porque seguramente lo que haya ahora es una mejor visualización, una mayor atención de las mismas y una apertura a que aparezcan, que podría ser atribuida al SNIS en gran parte). Demandas que, como vimos, no son solo de los usuarios, sino que provienen también de otras profesiones vinculadas a la salud.

El concepto de salud y su atención ha ido variando a lo largo del tiempo y desde la idea del sujeto como ser social. Se viene sosteniendo la idea de salud como un proceso que incluye todas las formas de ser y estar en el mundo, también desde el paradigma de la complejidad. El SNIS parece fortalecer estas nuevas consideraciones, promoviendo la inclusión de equipos de salud que apuesten al trabajo interdisciplinario.

El hecho de pensar que las condiciones de vida de una persona determinaban su estado de salud, hasta hace muy poco tiempo era solo eso, un pensamiento. Poco producía en pro de una acción en favor de un cambio que tendiera a mejorar la calidad de vida de las personas para atender su salud. Actualmente el pensamiento por fin hace lugar a la acción a partir del nuevo modelo de atención y de la obligatoriedad mediante prestaciones y metas.

Estos cambios ponen el acento en la atención integral, pero además en la vulnerabilidad de las personas, vulnerabilidad que puede deberse a varios factores y que debe ser atendida por

personal calificado. La profesión parece haber ido logrando mayor autonomía y legitimación en este sentido a partir del SNIS.

El Trabajador Social tiene la obligación profesional de poner luz sobre los temas en que los otros profesionales no pueden ver, debido a la especificidad de cada profesión. Echar luz y alumbrar, cosa que no es fácil, porque, dada la demanda desde la ley, también deberá aparecer en el trabajo social la demanda propia, la del lugar que le cabe y le es asignado y la que siente debe ser atendida. Es decir, la confluencia de varias fuerzas, de ejercicio de poder, de pérdidas y de ganancias (en tanto la salud ha sido campo de la medicina durante mucho tiempo), es una complejidad a ser atendida.

En términos de pérdida, la acción del trabajo social en territorio parece haber resignado algunos espacios que le eran propios, aquel trabajo extramuros (por ejemplo, con la visita en domicilio), que muchas veces fue criticada por nosotros mismos por su carácter inspectivo, pero que atendía a un tipo de demanda específica que hoy continúa existiendo pero en cuya atención no estamos participando directamente desde las IAMC. El trabajo que parece fortalecerse es el intramuros, intentar no perder el espacio extramuros o recuperarlo en parte para poder ajustarlo según la propia determinación de la profesión es un reto para las IAMC en el SNIS y un deber. Muchas veces las limitaciones parten de las propias lógicas institucionales y sus reglamentaciones y objetivos.

Podemos pensar también en la cantidad de contradicciones que todos los sistemas mantienen en su propia interna, a veces convirtiendo el campo en un lugar de convergencia y divergencia de distintos juegos de poder, en este caso, siendo el Estado el rector de los mismos (SNIS). Por ejemplo, en lo que hace a las estrategias APS, que fundamentan el SNIS, deberíamos estar insertos en un trabajo social más relacionado al primer nivel de atención, que tenga en cuenta la promoción y prevención, para lo cual nuestro trabajo tiene mucho más para aportar. Pareciera que vamos en camino, como decíamos al principio, todo está en construcción, y dependerá no solo del lugar que nos asignen, sino del que vayamos defendiendo como propio. Tenemos mucho por aportar al SNIS, mucho trabajo por hacer, pero caminamos.

## ANEXOS

### **Pauta de entrevista**

Mi nombre es Lucía Mosteiro, estudiante avanzada de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República.

El presente trabajo constituye la monografía final de grado para la obtención del título en la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República.

A través de este estudio de caso, se prevé una aproximación al conocimiento de las características específicas de la profesión a partir de la integración de nuestro rol dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, analizando la inserción y las funciones del Trabajo Social en una institución de salud privada. En función de este objetivo, la pauta de entrevista tendrá las siguientes características:

La información recabada será de carácter reservado y utilizada con el fin único de estudio e investigación. Se mantendrá el anonimato de las personas entrevistadas y de los datos aportados.

La duración estimada de cada entrevista es de 30 a 45 minutos.

### **Datos de trayectoria profesional**

1) ¿En qué año se formó y con qué plan de estudios?

2) ¿Cuántos años de ejercicio profesional tiene usted?

3) ¿En qué áreas e instituciones se desempeñó en su carrera profesional?

4) Con el objetivo de indagar el valor simbólico del ejercicio profesional, se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuáles de estas áreas e instituciones están vinculadas al área salud? ¿Elegió trabajar en ellas?

### **Sobre la inserción profesional actual:**

5) Con el propósito de conocer cuántos años de ejercicio profesional tiene la entrevistada en el campo de la salud privada (considerando que pudo haber trabajado en otra institución privada) se desarrolla la siguiente pregunta:

¿En qué año empezó a trabajar en dicha institución?

6) Actualmente, ¿cómo se conforma el equipo de Trabajo Social en dicha institución?

7) El objetivo de estas preguntas es analizar la inserción del Trabajo Social en el sector privado de salud a partir del SNIS, con el fin de corroborar el siguiente supuesto. Se

considera aquí que el cambio en el modelo de atención desarrollado con el SNIS habilitó nuevos espacios para el posicionamiento del Trabajo Social en el campo de la salud, demandando una mayor cantidad de profesionales capaces de responder al incremento de tareas y funciones.

¿Aumentó la cantidad de Trabajadoras Sociales dentro de la institución? ¿Recuerda a partir de qué año?

8) A través de estas interrogantes se desea conocer la forma en que la profesional ejerce su rol por medio de las actividades y funciones que desarrolla, evaluando su grado de especificidad y exclusividad. Se pretende valorar también, si éstas se han incrementado a partir de la reforma del sector.

¿Qué funciones realiza usted dentro de la institución? ¿Siempre realizó las mismas tareas?

9) La pregunta desarrollada a continuación pretende evaluar la jerarquía y la autonomía profesional, buscando conocer el origen de la demanda de intervención (determinar si proviene de la población usuaria, de la institución, del equipo de Trabajo Social, del MSP).

¿Quién o quiénes determinan las tareas que usted debe realizar?

10) ¿Cuenta usted con las herramientas, materiales e infraestructura necesarias para desarrollar sus tareas dentro de la institución?

11) ¿Qué equipos integra el Trabajo Social dentro de la institución?

12) ¿Cómo es la relación y la dinámica entre el Trabajo Social y el resto de las profesiones que conforman los equipos interdisciplinarios?

13) A partir de ésta pregunta se pretende indagar si existe una visión definida sobre el rol de la profesión:

¿Qué visión cree usted que tienen los demás profesionales del campo de la salud sobre el Trabajo Social?

14) Con la finalidad de determinar el reconocimiento de la profesión dentro del campo de la salud se desarrolla la siguiente pregunta:

¿Siente que su trabajo es valorado por la institución y por el resto de las profesiones?

15) ¿Desea agregar algún comentario?

**Glosario de siglas**

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
APS	Atención Primaria en Salud
BPS	Banco de Previsión Social
DISSE	Dirección de Seguros de Salud del Estado
ERVBGG	Equipo de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP	Asistencia Médica Privada Particular
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SINADI	Sistema Nacional de Información
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UNAP	Unidad de Notificación y Apoyo
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

### Referencias bibliográficas

- Acosta, L. (1998). La génesis del servicio social y el “higienismo”, *Fronteras*, 3, pp.11-24.
- Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G. y Rivas, L. (2012). *El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay*. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=404&Itemid=241](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=404&Itemid=241)
- Aquín, N. (2009). Algunas incomodidades en el ejercicio profesional bajo la forma de salario. *II Foro Latinoamericano Escenarios de la vida social, el trabajo social y las ciencias sociales en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Avellanal, R. (1996). Organismos mutuales de asistencia médica. *Intercambio*, (55), pp.10-12. Recuperado de [http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu\\_c.pdf](http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_c.pdf)
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900 (tomo1): El Poder de Curar*. Montevideo: Ediciones Banda Oriental.
- Beltrán, M. J. (2013). *Processos institucionais e reestruturação do campo profissional: O caso do Serviço Social no Uruguai (1986 - 1995)* (Tesis de maestría). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Bentura, C. (2009) La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. *Fronteras*, (5), pp. 21-34.
- Bentura, C. (2011). *Salud y trabajo social ¿Un campo social envejecido?* Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Canales, M. (coord.) (2014). *Escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa*. Santiago de Chile, Chile: LOM Ediciones.
- Claramunt Abbate, A. (2009) El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Fronteras*, (5), pp. 91-104.
- Claramunt, A., García, A. y García, M. (2015). *Primer censo de egresados de trabajo social*. Montevideo, Uruguay. FCS-DTS: Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review Sociology*, 18, 209-32.

— Díaz-Bravo, L. et al. (2013). Metodología de investigación en educación médica: La entrevista, recurso flexible y dinámico. México D.F., México. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009)

— Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, España: Península.

— Fuentes, G. (2010). El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la Reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19, (1)*, pp. 119-142.

— González, T. y Olesker, D. (comps.) (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo: MSP.

— Kruse, H. (1994). En procura de nuestras raíces. *Cuadernos de Trabajo Social, 3*, 87-106.

— Kruse, H. (1994), *Los orígenes del mutualismo uruguayo*, Montevideo, Uruguay, EPPAL.

— Medina, M. A. (2017) Protección social en salud: el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. *Fronteras, (10)*, pp. 115-128. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/5/2017/06/proteccion-salud.pdf>

— Midaglia, C. (2009). Las políticas sociales del gobierno de izquierda en Uruguay. Una aproximación a sus características y resultados En Quiroga, A. Canzani, J. Ensignia (comp.) *Consenso Progresista: las políticas sociales de los gobiernos progresistas del cono sur*. Chile: FES.

— Mitjavila, M., Fernández, J., Moreira, C (2002). Propuestas de reforma de salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State? *Cadernos de Saúde Pública* 18, n 4. pp. 1103-1120. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10189.pdf> Acceso 9/18

— MSP (2009). *El desempeño del Sector Mutual 2004 – 2009*. Recuperado de [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_desempeIAMC04-09.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_desempeIAMC04-09.pdf)

— Olesker, D. (2015). Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud. OMS/OPS, UdelaR (Eds.). *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: OMS/OPS, UdelaR.

— OPS (2009): Perfil de los sistemas de salud – República Oriental del Uruguay. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Uruguay\\_2009.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf)

— Ortega Cerchiaro, E. (2003). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Disertación presentada como requisito para la obtención del título de Máster en Servicio Social. UDELAR. FCS, Montevideo, Uruguay.

— Ortega Cerchiaro, E. (2011). *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973)*. Montevideo, Uruguay: Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).

— Ortega Cerchiaro, E. y Beltrán Pigni, M. J. (2015). Historia del trabajo social en Uruguay. En T. Fernández García, y R. de Lorenzo García (Eds.), *Trabajo social: una historia global* (pp. 365-380). Madrid, España: McGraw Hill Education.

— Pereira, J., Monteiro, L. y Gelber, D. (2005). Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos: desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo. *Prisma* (21), pp. 141-167. Recuperado de

[http://www.academia.edu/3226874/Cambios\\_estructurales\\_y\\_nueva\\_configuraci%C3%B3n\\_de\\_riesgos\\_desbalances\\_e\\_inequidades\\_en\\_el\\_sistema\\_de\\_salud\\_uruguayo](http://www.academia.edu/3226874/Cambios_estructurales_y_nueva_configuraci%C3%B3n_de_riesgos_desbalances_e_inequidades_en_el_sistema_de_salud_uruguayo)

— Pereira Canto, S. (2011). *El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Montevideo, Uruguay.

— Perrone, L. (2016). *Autonomía y legitimidad de los trabajadores sociales en el campo de la salud* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Montevideo.

— Russo, N. (2015). *El Trabajo Social en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Montevideo.

— Starfield, B. (2001): *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, España, MASSON.

— Weisshaupt, J. R. (1988). *As funções sócio- institucional do serviço social*. San Pablo, Brasil, Cortez Editora.

### Fuentes documentales

- *Código de Ética para el Trabajo Social o Servicio Social*. ADASU. (2001).
- *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. (1978). Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Decreto 464/008. Montevideo, Uruguay, 3 de octubre de 2008. Recuperado de <http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/10/CM%20568.pdf>
- Decreto Ley N° 15181. *Obligatoriedad de la cobertura de atención médica. Normas sobre asistencia médica pública y privada*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay, 21 de agosto de 1981.
- Ley N° 17930. *Presupuesto nacional de sueldos gastos e inversiones. Ejercicio 2005-2009*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay, 23 de diciembre de 2005.
- Ley N° 18131. *Creación del fondo nacional de salud (FONASA)*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay, 18 de mayo de 2007.
- Ley N° 18211. *Creación del sistema nacional integrado de salud*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007.
- Ley N 18987. *Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay, 22 de octubre de 2012.
- MSP (2013). *Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Montevideo, Uruguay.
- OMS (1986). Carta de Ottawa. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS (Ginebra, 1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS (2000). *Informe sobre salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf)
- OMS (2005). *Sistemas de Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- OPS, OMS. (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo). *46.o Consejo directivo, 57.a sesión del comité regional*. Washington, D.C., EUA. Recuperado de

[https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/33426/mod\\_resource/content/1/NUEVA%20ORIENTACIONES%20DE%20LA%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA%20DE%20SALUD%20%28DECLARACI%C3%93N%20DE%20MONTEVIDEO%29.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/33426/mod_resource/content/1/NUEVA%20ORIENTACIONES%20DE%20LA%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA%20DE%20SALUD%20%28DECLARACI%C3%93N%20DE%20MONTEVIDEO%29.pdf)

— OPS. (2007). *La renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas*. Recuperado de [https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo\\_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf)

— Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2001). Marco regulatorio de la asistencia médica. Recuperado de <http://archivo.presidencia.gub.uy/noticias/archivo/2001/noviembre/2001112210.htm>

— OPS/OMS Uruguay (2017). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020: hacia dónde irá la salud del país*. Recuperado de [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)

— OPS/OMS Uruguay (2018). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=manual-clinico-violencia-snis-msp-2018&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=manual-clinico-violencia-snis-msp-2018&Itemid=307)

— SINADI, MSP. (2018). *Población afiliada a las IAMC por tipo de afiliación a setiembre 2018*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-las-iamc-por-tipo-de-afiliacion-setiembre-2018>

— SMU. (2004). Declaración final de la 8 Convención Médica. Recuperado de <http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/plenarios/decfinal.html>

— UNICEF (2009). Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Recuperado de [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy\\_activities\\_Mapade\\_ruta\\_salud.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activities_Mapade_ruta_salud.pdf)