

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

**El SNIS y las demandas del Trabajo social:
primer nivel de atención e intervención**

Ana Carolina Daverede Ramos
Tutora: Celmira Bentura Alonso

2018

Agradecimientos

A mis padres, que fueron ejemplo y soporte en este camino transitado.

A mi hermano y hermana, por todo el apoyo.

A toda mi familia, mis amigas y también a mis futuras colegas.

Índice

Capítulo	Número
Presentación.....	1
Marco metodológico.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	3
Introducción.....	3
Situación de Uruguay antes de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud.....	7
Leyes e intervención profesional en el SNIS: Una cuestión de interdisciplina.....	9
Demandas, Trabajo Social e interdisciplina.....	14
El TS en los equipos de Atención a consumidores de drogas y VD.....	17
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	31

Abreviaturas

ADASU	Asociación De Asistentes Sociales del Uruguay
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
EP	Equipo de Proximidad
EPN	Equipo del Primer Nivel
ESPNA	Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
RHS	Recursos Humanos de Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TS	Trabajo Social
UPD	Usuarios con Problemática de Drogas
VD	Violencia Doméstica

Presentación

El presente trabajo corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

En el mismo se desarrollarán las modificaciones que hubo en el campo de la salud, a partir de la perspectiva de la nueva reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)¹ en Uruguay, y las consecuentes demandas en la intervención del Trabajo Social.

El tiempo histórico en el cual se enmarca es la contemporaneidad, tomándose para el análisis principalmente los últimos 12 años. Puede observarse un redireccionamiento de las demandas a la profesión que la han colocado en un nuevo escenario privado, además del escenario público desde donde continúa su participación, hecho ligado principalmente al nuevo sistema de salud. En este sentido, cuando se habla de escenario, el mismo *“implica (...) cierto reconocimiento a la heterogeneidad de lo social...”* (Carballeda, 2002:54).

Además

(...) la noción de escenario remite a algo particular: es cambiante y también puede mudar dentro de una misma trama, es decir, dentro de un mismo guión; de este modo, la intervención en lo social se transforma en una herramienta de trabajo, en tanto pueda definir una secuencia de acciones, pero especialmente un horizonte. Ahora bien, cada visión de la intervención en lo social conlleva a una serie de interrogantes y de nuevos aportes. Dentro de un escenario hay actores que ejecutan los papeles según el guión, pero que tienen cierto (nuevo) protagonismo y una posibilidad de cambiar la trama que generalmente es producto de la interacción entre actor, papel y escenario. En este aspecto, la visión del “otro” plantea la necesidad de nuevos acercamientos donde la palabra de éste, su

1

Ley Nº 18.211 - Sistema Nacional Integrado de Salud. NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN (ver anexo 1)

cotidianidad y su historicidad sugieren caminos posibles en la dirección de la intervención en lo social. (Carballeda, 2002, p.57-58)

En este contexto la ley no. Ley N° 18.211 perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud plantea en el punto F del capítulo 1, un objetivo que se relaciona con la disciplina social dentro del campo de la salud, el cual es: *“Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.”* (SNIS, 2007:3). Se entiende por recursos humanos, profesiones distintas al ámbito de la medicina, que trabajando en forma interdisciplinaria brindan una atención integral al usuario que accede al centro de salud.

Esto significa que en el ámbito interdisciplinar, la interacción conjunta de las diferentes profesiones dentro de las policlínicas, hospitales, mutualistas, está en un constante *“ida y vuelta”*, en constante trabajo conjunto, que ya como se dijo anteriormente: es una forma de trabajo a la que apuesta la reforma de salud, para atender de forma integral a la persona (al paciente) que asiste al centro de salud.

Para ilustrar el análisis del presente trabajo, se tomarán dos ejemplos, de los cuales ambos pertenecen a los ejes de atención a la salud: unos sobre violencia doméstica (VD), y otro sobre drogadicción.

Estos temas seleccionados para el análisis, VD y atención al uso problemático de drogas, fueron elegidos a modo de ejemplo para mostrar las modificaciones en las demandas al trabajo social.

Marco metodológico

La presente monografía de grado es de carácter cualitativa, resultado del análisis de diferentes fuentes documentales, por esa razón es de fuentes múltiples.

La información utilizada para su desarrollo se basó en autores y leyes que tratan y analizan los temas abordados (SNIS, intervención y demandas del Trabajo Social...).

Objetivo general

- Analizar las demandas e intervención del Trabajo Social (en adelante TS) en el campo de la salud en base a dos ejemplos concretos: VD y atención a personas con uso problemático de drogas.

Objetivos específicos

- Mostrar los cambios del SNIS basados en los tres pilares principales.
- Nombrar los espacios donde se desenvuelve el TS.
- Mostrar cómo es la intervención profesional en los equipos de salud en base a los ejemplos.

Introducción

El eje central que guía el presente trabajo es el estudio de las demandas en la intervención que le son propuestas al TS en la actualidad, con el SNIS.

Es sabido que el sistema de salud ha sido objeto de reforma, teniendo en cuenta 3 ejes, los cuales son pilares fundamentales del mismo. No se entiende la reforma sin tener en cuenta dichos pilares.

Ellos son:

Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la más adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y asegurando la mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

Un segundo aspecto se refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las

políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.

Un tercer aspecto se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud. (SMU, 2018, p.2)

Para continuar, es necesario conocer qué es la APS, lugar de atención de la salud en el cual se analizarán las demandas de la profesión.

Desde la Atención Primaria de Salud (APS) se tiene la oportunidad de captar situaciones de riesgo para el individuo (hábitos nocivos, problemas familiares, problemas manifiestos o potenciales en la infancia y en la ancianidad, etc.) por ello se pueden canalizar los esfuerzos hacia una acción preventiva. Esta política de salud se aleja del concepto meramente biológico y se incorporan elementos como la participación de los usuarios sanos y enfermos y el trabajo en equipo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el equipo como “asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral de salud posibles”. Este equipo interdisciplinario sociosanitario está compuesto por personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares) y personal no sanitario (trabajadores sociales y administrativos). (Mondragón, 1999, p.122)

Cuando se habla de equipos que conforman la salud, se está haciendo referencia a los *Equipos*, los cuales:

no son la simple superposición de profesiones, sino la modalidad de trabajo que toma al usuario como una unidad existencial en tiempo y espacio y entiende al proceso asistencial como una práctica social humana entre personas. La propuesta de Equipo debe de asentarse a nivel nacional y

conformarse dentro del Primer Nivel de Atención como la puerta de entrada al sistema. Su conformación debe de contemplar el trabajo multiprofesional e interdisciplinar. Las necesidades y características de los territorios en materia de salud y sus determinantes sociales son la brújula que debe guiar la composición de los Equipos. Por lo cual, los Equipos deben de desarrollarse a nivel nacional, pero su composición y funcionamiento debe estar sujeta a la realidad sanitaria en la cual realizarán su práctica. (MSP, 2010, p.7-8)

Si bien aparecen claros los recursos humanos dentro de las APS, es necesario saber el papel que toma la profesión del Trabajo Social en este ámbito, el cual es:

1. El bienestar social, la mejora de la calidad de vida, la promoción de la plena autonomía de los individuos, grupos y comunidad en la resolución de necesidades, a través de una participación activa y responsable.
2. Fomentar la toma de decisiones autónomas y la responsabilidad del individuo respecto a su salud.
3. Analizar los factores psicosociales con repercusión en la salud/enfermedad del individuo.
4. Aportar una dimensión comunitaria al Equipo de Atención Primaria. (Mondragón, 1999, p.123)

Es decir, se trata de empoderar a los usuarios en la toma de sus decisiones, a favor de su salud, a través del diálogo, la concientización, etc., en espacios pensados para ello, pueden ser talleres en las salas de espera de policlínicas, entre otros.

Además de las demandas, se prestará especial atención al papel de la interdisciplina como forma de atender las mismas. Y desde el marco de la APS, se analizarán las demandas del trabajo social. Este cambio se observa en el SNIS como el resultado de la reforma del sistema de salud, la cual entre otras cosas, permite el financiamiento de la cobertura médica de los ciudadanos tanto en el ámbito público así como en el privado. En dicha reforma se enfatiza la reconfiguración de los equipos de recursos humanos, equipos en los que aparece el trabajo social desarrollándose a la par de otras disciplinas, formando parte de

equipos interdisciplinarios, para una atención integral de la persona. En este sentido el SNIS (p. 90) redacta que existen nueve programas interinstitucionales en este primer nivel de atención, referentes a la niñez, adolescencia, mujer y género (de salud sexual y reproductiva), vejez, salud nutricional, bucal y mental, atención a personas que consumen drogas. Desde el punto de vista de recursos humanos, como se mencionó anteriormente, se apostó a la incorporación de distintas disciplinas en la atención de primer nivel, entre los que figura el trabajador/a social.

Se menciona además en el SNIS (p. 90) la incorporación de la Red de Atención de Primer Nivel, la cual entre otros objetivos se destaca el atender casos de violencia doméstica y la necesidad de contar con personas referentes en el tema de drogas.

Para analizar las demandas de la profesión en la APS, se tomarán dos ejemplos; consumo problemático de drogas y violencia doméstica.

Por otro lado, si se piensa en la interdisciplina como aquella que “... *incorpora los resultados de las diversas disciplinas, tomándolas de los diferentes esquemas conceptuales de análisis, sometiéndolas a comparación y enjuiciamiento y, finalmente, integrándolas.*” (Tamayo y Tamayo, s/f:5) se devela la importancia de analizar la interdisciplina como parte de la reforma social de la salud.

Situación de Uruguay antes de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud

Mucho antes de la reforma de la salud en la cual se encuentra el Uruguay hoy en día, tuvo a lo largo del siglo XX los siguientes antecedentes:

La ley 9.202, conocida como la Ley Orgánica de Salud Pública, se promulgaría el 12 de enero de 1934 y fusiona las dos instituciones públicas existentes hasta ese momento. Las funciones del Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional pasarían a estar concentradas en el novel ministerio. Este nuevo Ministerio significó un avance en el desarrollo de un estado moderno, en cuanto a su concepción y estructuración. Sin embargo, no significó un avance en cuanto al logro de un mejor equilibrio entre las acciones de asistencia directa y las de promoción y prevención en salud. (...) en la década del 40 comienzan a implantarse los Centros de Salud, basados en el modelo del Servicio Cooperativo Panamericano de Salud Pública. Estos servicios tendrían una franca orientación a la prevención en salud y servirían como base para el desarrollo del primer nivel de atención del MSP. Pero esto convive con una fuerte impronta de salud para pobres, diferenciándose cada vez más en cuanto a los estándares de atención brindados por el sector privado. (MSP, 2009, p.15)

Entre otras cosas era visible el acceso desigual a los servicios de salud; los que podían costear un seguro privado y aquellos que no, y se veían obligados a atenderse en centros públicos que se encontraban desgastados, con la necesidad imperante de la modernización.

Antes de la reforma del SNIS, Uruguay presentaba características de debilitamiento de la protección social: en el siglo XX había sufrido golpes de Estado y en el 2002 la crisis económica: dejando una sociedad con grietas (no sólo referente a la atención a la salud) que era necesario solucionar.

¿Cómo estaba conformado ese sistema?:

El sector sanitario uruguayo se estructura en base a dos grandes subsistemas: uno público, a cargo de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuyo vínculo con el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha variado a lo largo del período, que se ocupa de todos aquellos que no pudieran hacerse cargo de la compra de algún tipo de seguro médico; y un subsector privado, muy heterogéneo en su composición y con un predominio de la figura de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) cuyo origen es producto de la participación en el sector de diversas organizaciones de la sociedad civil. Se divisaba una composición dividida entre las clases sociales y las opciones de atención que ofrecía el mercado en Uruguay. (Fuentes, 2010, p.1)

Esto se observaba antes de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, pero luego tal como plantea la Ley N° 18.211 en el artículo 264 se pretende el siguiente modelo de atención:

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. (Ley N° 17.930, 2005)

Existe un cambio de modelo de atención que se impone a los prestadores integrales de salud, que antes era diferente y se ve modificado con la reforma.

1. Leyes e intervención profesional en el SNIS: Una cuestión de interdisciplina

El SNIS ha realizado reformas en cuanto a los recursos humanos dentro del campo médico, en pos de la mejora a la atención de la salud de todas las personas, en todos los efectores integrales de salud.

En este sentido la Ley N° 18.211 define en qué consiste el SNIS:

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Poder Legislativo, 2017)

La ley N° 18.161 define la creación de ASSE:

Artículo 1º.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país. (Poder Legislativo, 2017)

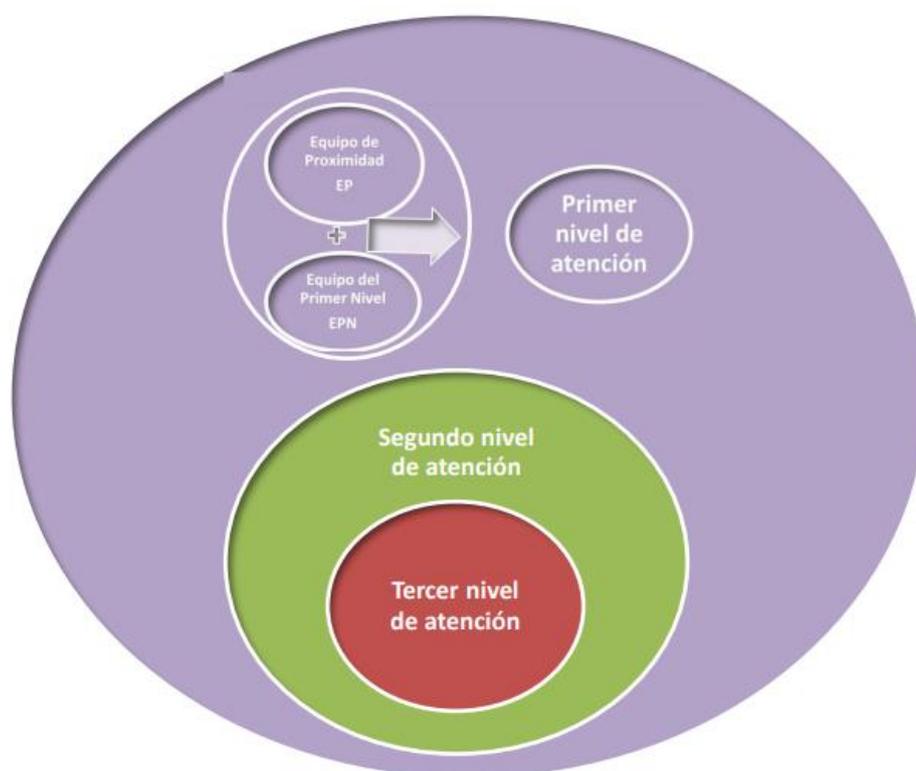
Y por último la ley ley N° 18.131 habla de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA):

Artículo 1º.- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el

alcance y en los términos previstos en la presente ley. (Poder Legislativo, 2017)

Con la creación de ASSE se busca dirigir el sistema de salud a través del poder ejecutivo. Y la última ley citada refiere a cómo se financia la atención a la salud a través de los prestadores del BPS, estos últimos son los que gestionan. (Ver anexo 1)

En cuanto a la conformación de los equipos, la reforma de la salud distingue dos componentes que se relacionan intrínsecamente con el presente análisis, el Equipo de Proximidad (EP) y el Equipo del Primer Nivel (EPN), los cuales forman parte del “proceso asistencial”, como lo ilustra la siguiente figura, confluyen de la siguiente manera:



Fuente: MSP (2014)

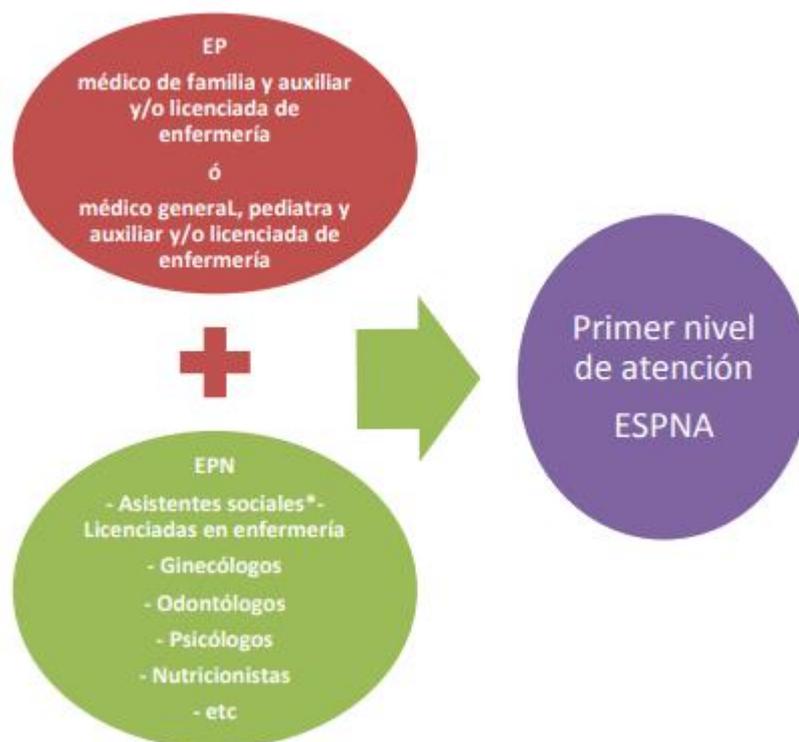
El EP se identifica “como la puerta de entrada al proceso asistencial lo que implica que: (a) este deberá proveer a la población asignada la accesibilidad a los servicios de salud; (b) así como estimular a la utilización de dichos servicios cuando surja una necesidad sanitaria”. Además “el equipo referente del usuario

deberá poseer capacidades resolutivas.” Posee el EP también tres características que es oportuno mencionar:

accesibilidad, longitudinalidad e integralidad. La accesibilidad hace posible el contacto con los servicios y la utilización de estos servicios es un aspecto fundamental dentro del proceso asistencial. La noción de accesibilidad debe ser entendida como un concepto multidimensional, referido a la ausencia de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que impidan la utilización de los servicios de salud. El aspecto de longitudinalidad, propone la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo. (...) La integralidad hace al concepto de una salud sistémica e integral que se cimienta a partir de un conjunto de actividades dirigidas a la persona y al medio ambiente llevadas adelante por el primer nivel de atención. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p.4)

La integralidad, cabe mencionar, es entendida en el marco de la condición del ser humano como un ser biopsicosocial, plantea el MSP.

Los recursos humanos de la salud, entonces, quedarían como muestra la siguiente ilustración:



En el círculo verde, se encuentran dentro de la EPN a los asistentes sociales (trabajadores sociales), los cuales

...configurarían una categoría totalmente transversal, en la medida que podrían estar en el EP o en el EPN, que en el esquema lo componen algunos de los RHS del Primer Nivel. Esta movilidad del Asistente social dependerá de las características de la población de referencia. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p.7)

Por eso, el rol del trabajador social dentro de la EPN no es estático, ya que el mismo:

... será definido por cada institución prestadora basándose en las características de su población de usuarios, con la particularidad de poseer un componente fijo. A la par, el MSP en tanto regulador del sistema, deberá establecer qué criterios se tomará en cuenta a la hora de evaluar la integración de dichos equipos y cuáles son las profesiones que se exigirán como fijos. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p.7)

Esto significa que si bien el rol del TS está presente generalmente en los equipos, dependerá en última instancia de lo que proponga cada institución: qué tipo de población atiende, cuales son los recursos económicos que posee, hacia dónde apuntan las metas asistenciales, etc. Esto es así porque:

El ESPNA deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, deberá trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinar y con una integración multiprofesional, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p.8)

La interdisciplina aquí, cumple un papel fundamental como

el soporte para la construcción de una nueva forma de trabajo de los equipos a partir de una comunicación dialógica, participativa que tenga en cuenta a las personas con sus capacidades y las potencialidades a generar en este proceso de promover salud y prevenir la enfermedad. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p.7)

Se entiende que la interdisciplina es transversal en cuanto a la atención de la salud. Cuando se piensa actualmente en la salud, principalmente luego de la reforma, ya no se piensa sólo en los médicos sino en un conjunto de profesionales trabajando en equipo. Profesionales tan diversos como los escenarios sociales a los que atiende.

Por eso en el punto F del artículo 4 de la Ley no. 18.211 del SNIS, de la Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación, se espera: “Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.”

Las demandas y aquello que se espera que haga el TS en los equipos de salud en este nuevo escenario post reforma, es muy diverso: en el ejemplo de la VD se trabaja con la víctima y el victimario. Entonces se expande el campo de atención, y es aquí que se comienza a pensar en una rehabilitación del agresor.

En el caso de los consumidores de drogas se trabaja, como ya se mencionó anteriormente, con la persona implicada en la adicción, su familia y, particularmente los TS aparecen interviniendo en situaciones de madres adictas que dieron a luz durante procesos de consumo. En este caso el Ministerio de Salud plantea lo siguiente:

“Basándonos en las normas publicadas por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay sobre atención materno infantil, se recomienda que el tratamiento del consumo de drogas durante el embarazo sea abordado por un equipo interdisciplinario.” (Ministerio de Salud Pública, 2007, p.123) En caso que el recién nacido tenga síntomas producto del consumo de drogas de su madre, y si se observan alteraciones en su desarrollo temprano, “... la lactancia será la alimentación indicada siempre que la condición clínica del recién nacido y la madre lo permita. Se valorará con equipo actuante y asistente social el deseo de

la madre de abandonar el consumo y recuperar la lactancia.” (Ministerio de Salud Pública, 2007, p.124)

El TS aparece una y otra vez en los escenarios familiares, en este caso velando por los derechos de todos, tanto de la madre que se encuentra en una situación de dependencia (a las drogas) como de su bebé.

2. Demandas, Trabajo Social e interdisciplina

¿De dónde *surgen* las **demandas**?

Se sabe que las demandas pueden ser hechas por las instituciones como por los usuarios, en este caso de los usuarios que asisten al centro de salud. Las demandas, vistas desde el eje del presente trabajo, son demandas institucionales que a través de la modificación de las leyes cobran un nuevo sentido, ya no son meramente las demandas que “traen” los usuarios a los centros de salud, sino demandas establecidas por el poder legislativo en estos últimos años. Las leyes colocan un quehacer específico en el TS en la salud, como ya se analizó.

Desde el trabajo en el área de la salud, la demanda será deconstruída en el espacio interdisciplinar dentro de la institución (con otros técnicos y profesionales), sin olvidar las demandas establecidas en las leyes. Esto significa una mirada abarcativa desde las diferentes disciplinas que miran la demanda de forma integral, desde un *todo*:

Partiendo del concepto de interdisciplinariedad como connotación de aspectos específicos, podemos plantearnos varios niveles de explicación en el proceso de construcción del conocimiento científico de la realidad. El primer nivel de explicación y de conocimiento se da a la altura de los fenómenos singulares y dentro de este nivel, el de los fenómenos más simples. El segundo nivel, más complejo que el anterior, estará constituido por el establecimiento de los nexos que conecta dicho fenómeno singular, con otros fenómenos, al interior de un sistema que los comprende como componentes. (Tamayo y Tamayo, s/f:15)

La interdisciplina funciona como herramienta de aproximación a la realidad desde distintas áreas profesionales, que permitirán un abordaje de forma integral de los sucesos:

Interdisciplina, como posibilidad y oportunidad de acceso a las problemáticas sociales complejas, a partir de la lectura de distintas disciplinas, entendiendo la intervención en lo social como espacio de encuentro, de interacción, reciprocidad simétrica, alteración del orden, fragmentación, traduciéndose en conocimiento. (Carballeda, 2009, p.59)

¿Por qué la interdisciplina?

“La interdisciplina surgió como forma de resolver ciertos problemas prácticos concretos (...) como modo de enfrentarse a los problemas cada vez más complicados de la sociedad” (Ander-Egg y Follari, 1993, p.30). Se sabe que la sociedad se ha ido complejizando a lo largo de su desarrollo y el avance de las tecnologías, no con ello también los problemas. Entonces surge una nueva forma de “tratar” esos problemas: “A nuevos desafíos nuevas soluciones (...) la interdisciplina ha aparecido como el modo de encararlos de una manera más eficiente y totalizadora.” (Ander-Egg y Follari, 1993, p.30). Pero para los autores esto no significa que los profesionales se pongan a trabajar y pensar en la intervención como un trabajo en equipo simplemente; es más que eso:

...requiere un largo y profundo proceso de operación conjunta sobre la realidad empírica de que se trata. Este es un requisito “sine qua non”: la integración (siempre parcial y conflictiva) de los enfoques disciplinares en la resolución de un problema concreto no opera por decreto, sino a través de una larga y difícil construcción colectiva. (Ander-Egg y Follari, 1993, p.335)

Por eso, la intervención del TS ante todo implica *procesos*.

Actualmente las demandas hacia el Trabajo Social, no son las mismas que eran hace décadas atrás, se han transformado a la par de la realidad:

Con respecto a la demanda que el sector coloca al Servicio Social no parece haber habido modificaciones sustanciales pero sí hubo un proceso que permitió un mejor posicionamiento de las colegas que fueron moldeando esa demanda hacia una demanda más pertinente deshaciéndose de muchas actividades burocráticas como trámites y gestiones que no correspondían al desempeño profesional. (...) Pero es claro que hoy la necesidad de una intervención que involucre lo social aparece con mayor fuerza debido a la complejidad de la “cuestión social” que obliga a los servicios de salud a prestar atención a estos aspectos y que son vistos por el colectivo médico con gran impotencia. (Bentura, 2011, p.110-111)

Esto destaca la importancia de la figura del TS en los centros de salud, donde es necesario brindar herramientas a problemas sociales, que van más allá de la salud-enfermedad.

3. El TS en los equipos de Atención a consumidores de drogas y VD

A continuación, se desarrollarán únicamente dos ejes mencionados en el SNIS, dejando de lado los demás. La razón de la elección radica en la imposibilidad de analizar todos los ejes debido a la extensión en el desarrollo. Se analizará en el presente trabajo lo siguiente: uno de los programas priorizados en el primer nivel de atención, el cual es Atención a Consumidores de Drogas, y una situación a modo de ejemplo sobre violencia doméstica.

Cabe destacar que ambos ejemplos situacionales son tomados para ilustrar el análisis de las demandas acaecidas al TS y su espacio de trabajo en interdisciplina, no son el eje principal del presente trabajo.

Como se ha visto, las demandas del TS en el campo de la salud, desde el SNIS, derivan en la conformación de equipos específicos de recursos humanos dentro de dichos centros, con miras a la atención de distintas problemáticas como lo son, entre otras tantas, el consumo problemático de drogas y la violencia doméstica. Desde el marco del SNIS, el trabajo social contemporáneo, lo que hace la reforma es consolidar, reforzar y extender a los sectores de salud privados el papel del trabajo social en los equipos interdisciplinarios: el MSP impone esta forma de atención integral que validan las leyes de la reforma. Este es uno de los puntos principales de la reforma y lo que significan las *demandas* en la profesión: la resignificación de la atención y el abordaje profesional de las mismas.

Es importante el TS en el área de la salud (así como el desempeño de otras disciplinas) si se apuesta a una atención integral del ser humano en los centros de salud, como plantea el SNIS:

En el Trabajo Social en Salud cabe destacar aspectos importantes como: 1. La importancia que los factores psicosociales tienen tanto en la salud como en la enfermedad y en la posibilidad de perder o recuperar la salud. 2. La necesidad de tratar problemas psicosociales que aparecen en situaciones de enfermedad. 3. La función que el trabajador social tiene en el sistema de salud y cara a los profesionales que en él ejercen sus funciones, para hacerles tomar conciencia que la atención a los factores psicosociales y el tratamiento de los problemas psicosociales es una exigencia básica de la atención integral de la salud. 4. Las formas en la intervención en lo social

pueden ser indirectas o directas y ambas significan la aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades propias del Trabajo Social para conseguir los objetivos de salud. (Mondragón, 1999, p.75-76)

Por ende es innegable que el consumo problemático de drogas y las diversas situaciones de VD son temas psicosociales que deben ser atendidos por personas idóneas.

Atención a Consumidores de Drogas

En el caso de la Atención a Consumidores de Drogas, el proyecto de ley titulado “Atención sanitaria de adictos en situación de riesgo”, en página 6, entre otras cosas plantea que se debe:

7. Brindar, en el marco del SNIS, atención apropiada en las puertas de emergencia de ASSE - IAMC, Emergencias Médico Móviles y otros, a los UPD facilitando su derivación a los servicios adecuados para su abordaje.
8. Profundizar, en los dispositivos de la Red de Atención Primaria de Salud la captación de los UPD, su atención y su posterior derivación, si correspondiere, a los servicios especializados.
9. Impulsar programas indicados que den cuenta de las realidades en que se encuentran las diversas comunidades de UPD facilitando el acceso de los mismos a los programas atención socio-sanitaria. (Cámara de Senadores, 2013, p.6)

La Lic. Silvana Rodríguez sostiene que el paradigma de “el consumo de drogas es una costumbre social de múltiples significados y de funciones subjetivas y colectivas. Su universo es microsocioal y se restringe a las relaciones del sujeto y su comunidad mediado o no por la familia.” (Carballeda, 2009:63) La misma entiende que:

La intervención del Trabajo Social, sus horizontes y objetivos están fuertemente ligados a la forma en que lo social es comprendido y explicado. En otras palabras, esto implica pensar desde qué noción de sociedad se intenta intervenir o se está leyendo una situación. Razón por la cual en

primer lugar planteamos, como base del modelo de intervención, la relación entre la explicación de lo social, de lo real, a partir de un marco teórico que permita una lectura fundada del contexto, y en base a esta interacción, poder analizar o “leer” una situación particular, como lo es la drogadicción. (Carballeda, 2009, p.62)

Esto significa que la situación en la cual el profesional interviene, va a depender de cómo el mismo *lea* el contexto en el cual se da, en este caso la drogadicción, pero además teniendo en cuenta las *lecturas* de otros profesionales que trabajan de manera interdisciplinar. Se van a *entrelazar*, es decir discutir y aunar variadas interpretaciones, así como los procesos para la solución del problema: derivaciones, entrevistas, seguimientos... Van a formar parte doctores, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

En este sentido, ¿cómo se intervendría? Carballeda reflexiona lo siguiente:

Como estrategias de intervención se proponen la asistencia y la prevención terciaria en tanto que se intervendría con el sujeto sobre las consecuencias del abuso de drogas. Entendiendo que ambas son estrategias básicas y dispositivos de la intervención en lo social, empleadas en el Trabajo Social, de modo complementario con intencionalidad transformadora respecto a la situación de padecimiento inicial. Es decir, se concibe a éstas como estrategias de recuperación, tendientes a la problemática de la integración social, propiciando la reparación del tejido social, pretendiendo desde ellas contribuir a la restitución de derechos vulnerados, ya sea desde lo material y/o simbólico y consecuentemente en lo real. (Carballeda, 2009, p.64)

Como también describe Mondragón (1999) en la mencionada cita, no sólo la intervención se realiza para palear un problema concreto sino para concientizar sobre los daños y posibles consecuencias, dándole herramientas al individuo para tomar decisiones lo más acertadas posible respecto a su salud integral en el momento de la intervención (física, psicológica y emocional...) y ante situaciones a futuro (durante el seguimiento). No sólo se interviene con el individuo, sino también con la familia. Cabe destacar que la concientización sobre un hecho

social y concreto, en este caso, el dar a conocer los peligros de la drogadicción, no es un trabajo que se haga únicamente en el espacio físico del centro de salud, sino que va más allá, puede ser en centros educativos formales, no formales, culturales, etc. Las campañas de concientización y el brindar información sobre problemáticas sociales concretas, pueden darse en distintos ámbitos, no exclusivamente en centros de salud.

En el primer aspecto de intervención se evoca el rol del Trabajo Social, y desde el marco social, en cambio, se habla ya del modelo interdisciplinar como intervención integral. Se entiende el rol del TS enriquecedor en cuanto al abordaje de su objeto de intervención, aunque a su vez tiene que tener la capacidad de compartir sus conocimientos con otras disciplinas para tomar decisiones concretas al momento de actuar, más en este caso que es agente desempeñándose en área de la salud.

En este sentido, teniendo en cuenta el TS en la intervención con la problemática de drogas, es necesario relacionarlo con nuestro hilo conductor y principal tema de abordaje, el SNIS. Con la creación del mismo surge:

el “Programa Nacional de Atención a usuarios problemáticos de drogas”, el cual se inscribe dentro del SNIS y “planea la inclusión de la atención a usuarios de drogas dentro de las prestaciones en salud, y en particular el contemplar aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidos a consumidores problemáticos de drogas dentro de un marco de concepción integral de la salud”. (Fernández y Lapetina, 2008, p.14-15)

No sólo se concibe la atención en sí misma del sujeto, sino también el brindar herramientas para la prevención de problemáticas.

Los autores antes mencionados (2008) plantean además que el tema de las drogas forme parte de una red de asistencia, la cual permita llegar a más lugares las consultas acerca de las mismas (otros centros de salud u organizaciones que estén capacitados para tratar el tema) y se le pueda dar respuesta a dicha problemática; que se comience a ver y se relacione este tema de las drogas como parte de la salud y los usuarios tengan un espacio donde puedan ir y consultar.

Se evidencian distintos ámbitos desde donde el TS se desempeña: uno es el de la atención en el centro de salud -cuando el médico deriva el paciente (o usuario) al trabajador social - cuando la persona va a atenderse (ya sea directamente a pedir ayuda debido a su adicción o porque fue por una afectación física y el/la médico que lo atiende se da cuenta que además tiene un problema con la adicción a las drogas), y otro ámbito es desde la prevención. Este último punto hace referencia a todas las instancias de talleres, charlas y demás, que pueden darse no sólo en centros de salud sino también en otros lugares (centros de educación formal y no formal, lugares culturales, etc). En este caso, un taller sobre prevención de consumo problemático de drogas, puede darse en las salas de espera de hospitales así como también en otros escenarios externos al centro.

Cuando un consumidor de sustancias psicoactivas toma contacto con un Servicio de Salud, el equipo responsable de su atención deberá realizar siempre la evaluación de su estado de salud general. Un adecuado proceso de evaluación inicial deberá incluir: - Enfoque médico: detección de patologías médicas agudas y/o crónicas, vinculadas o no al consumo de sustancias psicoactivas. -Enfoque psiquiátrico y psicológico: detección de signos y síntomas de la esfera psíquica y su correlación o no con las sustancias consumidas y aproximación a un diagnóstico psicopatológico, mediante la evaluación del funcionamiento del psiquismo. Asimismo, corresponde en esta instancia realizar un diagnóstico de trastornos comórbidos y delinear posibles abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. - Enfoque social: integrando aspectos familiares, educativos, laborales, económicos, legales, etc. (MSP, 2007, p.36-37)

Con el cambio del sistema de salud, en el año 2006 se crea en Uruguay el Portal Amarillo, centro de referencia de atención al consumo problemático de drogas atendiendo al público joven, el mismo depende de ASSE y su "plantilla actual de recursos humanos llega a 115 profesionales entre psiquiatras, psicólogos, toxicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales y personal de enfermería." (Presidencia, p.1, 2019)

Una vez más, puede observarse la implicancia del trabajo social en los equipos según las exigencias del MSP.

A continuación se analizará el campo de la VD.

Trabajo social y violencia doméstica desde el SNIS

Se sabe que

En 2006 y 2009 se promulgaron dos decretos (Decreto 494/2006, 299/2009) que establecen las disposiciones específicas para aplicar la Ley en los servicios de salud, públicos y privados de todo el país. Se elaboraron, publicaron y difundieron protocolos y guías de actuación que orientan y dan herramientas a todo el personal de salud para la intervención específica en este tema: 1. Abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer - Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. MSP, 2006 2. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP, 2009. 3. Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Programa Nacional de Salud Adolescente. Direcciones General de Salud, MSP. Capítulo: Violencias. MSP, 2009. (MIDES, 2012, p.9)

Si bien se extienden estrategias de atención a las personas afectadas por episodios de violencia doméstica, atención psicológica, judicial, etc, se apuesta desde el Estado, a prevenir estos incidentes hasta bajar la incidencia de la misma. “La estrategia se orienta hacia la prevención del mantenimiento y repetición de las situaciones de Violencia doméstica a través de la detección activa y atención precoz en el sistema de salud, (Decreto 494/2006).” (MIDES, 2012, p.11) “El modelo de atención propuesto en el SNIS enfatiza la responsabilidad de todos los servicios y todo el personal en la asistencia y la articulación inter- sectorial como una necesidad para dar una respuesta eficaz e integral.” (MIDES, 2012, p.17)

Esa respuesta eficaz y el estar alerta a las situaciones de VD, es primordial, como plantea el Decreto N° 494/006 perteneciente a la Ley [N° 17.514](#), en el artículo 1:

Las Instituciones o Servicios de Salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán prestar atención y asistencia a las usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino que se encuentren en situación de violencia doméstica.

Entonces... ¿Cómo se organiza el sistema de salud para atender los casos de VD y qué medidas se toman? Como parte de las *Medidas hacia un país libre de Violencia Doméstica* se plantea el siguiente sistema de respuesta:

Existen 103 equipos de referencia distribuidos en todo el país en las instituciones públicas y privadas, incluyendo instituciones públicas no incluidas en el SNIS, como los servicios de salud del Banco de Previsión Social, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa y el Hospital de Clínicas. Estos equipos son los encargados de organizar y apoyar para la atención en la institución y de la asistencia directa a los casos de mayor gravedad. Desde 2008, cuando se inicia la reforma de la salud, se establece que una parte del dinero que el Fondo Nacional de Salud paga a las instituciones por persona estará sujeto al cumplimiento de metas prestacionales, exigencias que se establecen desde la Junta Nacional de Salud, de acuerdo a los temas que considera prioritarios. Desde 2011 se estableció la indagación de rutina como meta prestacional. A diciembre de 2011 se comprobó que 35 de las 47 instituciones cumplieron la meta, este porcentaje de cumplimiento aumentó en 2012. En 2011 se realizaron 69.066 indagaciones sobre violencia doméstica en las consultas, de las cuales el 1% fueron coordinadas con los equipos de referencia, o sea que el profesional que realizó la indagación identificó una situación de violencia doméstica en la que consideró que la gravedad en ese momento requería coordinación con el equipo de referencia de la institución. (ADASU, 2012, p.16)

Las indagaciones a las que refiere el texto, serían las preguntas de rutina que realizan los doctores/as a los pacientes, al momento de la consulta.

Entonces, concretamente cuando nos referimos a los equipos conformados para la atención de personas víctimas de violencia doméstica, se visualiza la presencia del trabajador social. El Instituto Nacional de las Mujeres ha implementado servicios especializados de atención a la problemática de la VD, los cuales:

... coordinan con las instituciones públicas nacionales y departamentales y con las organizaciones de la sociedad civil a nivel territorial, en la medida que se parte de la base que las respuestas a esta problemática compleja y multicausal, requiere de la articulación de los distintos actores involucrados (Policía, juzgados, hospitales, escuelas, centros sociales, etc.) Estos servicios brindan atención psico-social-legal a través de un equipo técnico con capacitación y experiencia en la temática conformado por 5 técnicas/os (psicóloga/o, **trabajador/a social**, abogada/o, procurador/a y un/a asistente técnica) contratado a través de convenios con OSC. En el interior se ofrece patrocinio en juicio. (MIDES, 2011, p.62)

Estos equipos están desplegados en el territorio del país. Sin embargo cuando hablamos de intervención de la VD en el área de la salud, se visualiza preocupación por las autoridades estatales de conformar equipos y capacitarlos en pos de la atención a las víctimas y también a los agresores para que se rehabiliten :

Cada servicio o institución debe nombrar un equipo de al menos tres profesionales, uno de los cuales debe ser médico, que se constituirán como referentes para la atención específica. Se sugiere seleccionar entre el personal con capacitación previa, experiencia e interés en trabajar en este tema. Las actividades a desarrollar eventualmente por todos los técnicos que realizan consultas directas en atención primaria son: 1. Instrumentar la estrategia de detección, primera respuesta, registro de acuerdo a las pautas y seguimiento en la asistencia habitual. 2. Evaluar el estado de salud y su relación con la violencia, en los aspectos de competencia de su profesión. 3. Referir al equipo específico o a especialista según indicación. Para realizar el trabajo el Equipo de referencia en VD deberá: 1. Coordinar las acciones a nivel institucional: definición e información al personal de las trayectorias institucionales a seguir por las personas en el proceso de

atención y apoyar a los técnicos en aspectos operativos. 2. Organizar y coordinar actividades dirigidas a las personas afectadas por VD: información sobre sus derechos, sobre recursos y procedimientos legales, funcionamiento de grupos de autoayuda, de desarrollo personal, promover la participación en actividades sociales, comunitarias, educativas, laborales, etc 3. Organizar, actualizar y difundir información sobre recursos locales. 4. Implementar mecanismos de referencia y contrarreferencia adecuados a la institución.⁴⁰ 5. Coordinar la atención y las actividades de prevención y promoción con la red de recursos en salud e intersectorial. (39 médic@s, psicólog@s, parteras, enfermer@s, asistentes sociales) (MSP, 2006, p.47-48)

Para el autor Ángel Asensio Pérez et al. (2012) las actividades del trabajo social en el plano de la violencia doméstica, más precisamente desde la mirada de la violencia de género (violencia ejercida específicamente hacia la mujer), sugieren varios puntos desde donde se ejerce un rol clave, ellos son descritos como objetivos al momento de la intervención en violencia doméstica (dentro del campo de la salud): “Prevención desde el ámbito sanitario de la violencia de género”, “Captación de las mujeres susceptibles de intervención”, “Conocer y estudiar la problemática socio-familiar de las mujeres con diagnóstico de sospecha para la realización del diagnóstico social y la planificación de las intervenciones” e “Intervención social”. Cabe destacar que todos ellos son objetivos desde donde se trabaja la problemática en Valencia, España, pero pueden tomarse como noción para entender desde dónde se coloca la intervención del TS a nivel macro, más allá del espacio geográfico; del país en el cual sucede dicha problemática. Todo esto se logra según los autores, con seminarios, talleres de sensibilización, entrevistas, visitas domiciliarias, derivaciones a servicios y redes de apoyo, como plantea el autor.

Ahora bien, ¿cómo esos espacios de intervención, se relacionan con las demandas del Trabajo Social en la APS?

“En el primer nivel asistencial se proporciona una primera respuesta a la demanda: el diagnóstico. De acuerdo a este primer paso, el proceso podrá resolverse en este nivel o continuar hacia servicios de mayor complejidad.” (MSP, 2007, p.38)

Surge la pregunta de cuál es la relación entonces, entre la VD, y la interdisciplina en el campo de la salud. La respuesta es la siguiente: el médico/a que atiende esta primera instancia de consulta con el usuario y detecta tal situación de VD, va a buscar herramientas que brinda el centro de salud, esas herramientas son en primer lugar los recursos humanos específicos en la materia, que bien podría ser un EP (Equipo de Proximidad).

Cada disciplina tiene sus enfoques y herramientas para las situaciones demandadas, así como también posibles soluciones, el desafío es que confluya todo el conocimiento de los miembros del equipo interdisciplinar para brindar herramientas reales al usuario (sea atención psicológica, médica, técnica, económica, etc.)

Puede concluirse, desde el análisis de estos ejemplos, que las demandas del TS son varias: se busca propiciar la autonomía del usuario en la toma de decisiones ante su situación (toda persona como ciudadana que es, tiene derechos que gozar y deberes que cumplir); buscar soluciones transitorias o no (a corto o largo plazo) ante las situaciones, movilizar redes territoriales para brindar al usuario herramientas concretas, ya sea trabajo en redes, derivaciones a instituciones específicas que atiendan las diferentes necesidades (atención terapéutica, rehabilitación, soluciones habitacionales, etc.)

La intervención del trabajo social en ambas áreas -atención al consumo problemático de drogas y VD- es nuevo debido al *deber estar* formando parte de los equipos (recursos humanos) porque así lo exige el MSP como se habilitó en las leyes. Se observa aquí la resignificación de la disciplina del TS en el SNIS. Los TS se desenvuelven a la par de diversos profesionales, porque es a lo que se apuesta en las leyes de la reforma.

Conclusiones

Con la implementación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, la atención de la misma ya no es solamente médica, como puede verse al final de la siguiente cita, el SNIS toma un perfil integral abarcando prevención, etc.:

El Sistema Nacional Integrado de Salud dará acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley. Desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación. (SMU, 2018, p.2)

Esto significa que dicho campo va más allá de atender la salud física y mental, sino que abarca otras características del individuo (relaciones sociales, etc) buscando el bienestar general del mismo.

El TS atiende demandas que no simplemente las recibe de las personas, sino que en este contexto de la reforma de la salud, tiene demandas institucionales que son pautadas por el MSP.

Con el paso de los años el Estado ha sido testigo de los cambios en la sociedad y la necesidad de erradicar estas problemáticas que se visualizan a diario entre las personas, desnaturalizándolas, problematizándolas y concientizando sobre el tema, y que van más allá de la situación económica, religión, edad, etc., de las personas. Para ello se considera necesario re-pensar la atención que se brinda a la población, desde el ámbito de la salud, más que nada en la APS, lugar de entrada de estas diversas situaciones y realidades sociales (cabe destacar que el escenario de la salud no es el único de puertas abiertas a distintas realidades, lo es también el ámbito educativo, por ejemplo).

Ante los desafíos que implica el abordaje de distintas realidades cargadas de sentido y contenido, se hace necesario capacitar y formar a los diferentes profesionales (EP) de la salud.

La sociedad ha ido avanzando y complejizándose, y las respuestas a esos cambios también tenían que re-pensarse y lograr un avance que acompañase ese proceso. Se vio que era necesario contar con recursos humanos preparados para atender a los pacientes desde la integralidad, (desde un todo), desde la perspectiva de ver al individuo como un ser bio-psico-social. Se pensó no sólo en una mejora de la atención puertas adentro de los centros de salud, sino también en ampliar la atención que las demandas iban generando y exigiendo, tal es el caso de las redes inter-sectoriales, campañas de concientización, etc.

En el campo de la atención a consumidores de drogas y en el de VD, se pudo ver que aparece el TS dentro de la intervención de dichas problemáticas, atendiendo sus respectivas demandas. La APS es la puerta de entrada primaria de los usuarios de la salud, y en donde confluyen distintas problemáticas (conscientes o no) con las que llegan los pacientes a los centros de salud. Se entiende que son conscientes o no porque por un lado, los usuarios pueden presentar demandas concretas en la consulta o de lo contrario pueden ir al centro por una razón y al realizar las preguntas de rutina y dialogar con el médico, pueden derivar otro tipo de demandas que no necesariamente el paciente las tenía presente de forma clara.

Puede verse en base a los datos presentados de los equipos conformados en los que aparece el trabajo social, referente a las leyes implementadas en los últimos años, que las instituciones han modificado las demandas. Antes de la reforma, la labor del trabajador social formaba parte de ASSE, pero con estas exigencias del MSP, su trabajo se amplía y consolida (como se observa en los ejemplos citados en el presente: VD y atención a las personas con consumo problemático de drogas).

Antes la presencia del TS estaba ligada al origen del mismo:

... al proceso de medicalización de la sociedad iniciado a principios del siglo XX y sus estrategias higienistas. Proceso determinado por las características propias del estadio del desarrollo del capitalismo que se transitaba, así como también las transformaciones en el saber médico y el creciente poder que adquiere esta profesión en este contexto.” (Bentura, 2011, p.40-41)

Esto significa que estaba ligada al campo de la salud, pero atendiendo demandas de otra manera (medicalización e higienismo). Entonces las demandas que atiende el TS antes y después de la reforma de las leyes en salud del SNIS tiene relación con que:

... la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las Hermanas de la Caridad. Será cuando los médicos pasen a ser agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado - la visitadora social - y no antes. Este movimiento que lleva a que los médicos se constituyan en agente privilegiado en estas instituciones, es parte de la medicalización de la sociedad (y su contracara la socialización de la medicina), que por su vez está relacionado con la implantación del padrón "productivista" de trabajo. (Acosta, p.14)

Se observa el escenario de intervención del trabajo social como que se ha ido modificando, lo que genera una nueva manera de intervención de cara a la atención integral de la salud de las personas en base a la reforma surgida algunos años atrás.

Bibliografía

Ander-Egg, E. y Follari, R. (1993) *Trabajo Social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Editorial HVMANITAS.

Bentura, C. (2011) *Trabajo Social en salud. ¿Un campo social envejecido?* España: Editorial Académica Española.

Carballeda, A. (2009) *Trabajo Social y padecimiento subjetivo*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Carballeda, A. (2002) *La intervención en lo social / Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Carballeda, A. et al (2002) *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999) *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Pontes, N. (2003) Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social. En Borgianni, E., Guerra, Y. y Montañó, C. *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional*. (p.201-221) Sao Paulo, Brasil: Editorial Cortez.

Fuentes documentales

Acosta, Luis (s/f) *La mediación del "higienismo" en la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Recuperado de: <https://www.adasu.org/prod/1/486/Luis.Acosta..pdf> [Acceso 21/07/19]

ADASU (2012) *Estrategias por la vida y la Convivencia. Medidas hacia un país libre de Violencia Doméstica*. Recuperado de:

<http://www.adasu.org/prod/1/234/Medidas.hacia.un.pais.libre.de.Violencia.Domestica> [Acceso 16/02/19]

Ángel Asensio Pérez et al. (2012) GUÍA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO. *Intervención del/la trabajador/a social de APS con Mujeres Víctimas de Violencia de Género*. Recuperado de:

http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo1/Intervencion_del_TS_S_atencio_primaria_con_mujeres_vctimas_de_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf

[Acceso 25/02/19]

Fuentes, Guillermo (2010, enero) 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*. Recuperado de:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2010000100005

IMPO (2006) Asistencia a víctimas de violencia doméstica. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/494-2006> [Acceso 4/04/19]

IMPO - LEY DE ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (2018)

Disponible en: <http://www.impo.com.uy/violenciadomestica/> [Acceso 16/02/19]

MIDES (2008) CONTACTO. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos comunitarios.

Fernández, Silvana y Lapetina, Agustín. Disponible en:

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf [Acceso 15/11/18]

MIDES (2011) Diagnóstico sobre las respuestas del Estado ante la violencia contra las mujeres en Uruguay. Disponible en:

<http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2016/08/diagnostico-violencia-contra-las-mujeres-MIDES-DTS.pdf> [Acceso 23/05/19]

MSP (2006) Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Disponible en: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-pnpsmg-abordaje-situaciones-violencia-domestica-mujer.pdf> [Acceso 23/05/19]

MSP (2010) Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional de rrhh en la salud. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/componentes-de-la-planificacion-estrategica-nacional-de-los-recursos> [Acceso 1/05/19]

MSP (2007, diciembre) Junta Nacional de Drogas. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Recuperado de: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/533/958-Programa%20Nacional%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20Usuarios%20Problem%C3%A1ticos%20de%20Drogas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MPS (2009) *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Recuperado de: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf

MSP (2017) Reperfilamiento de los equipos de referencia en Violencia Doméstica. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS.pdf> [Acceso 27/04/19]

MSP - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf [Acceso 23/11/18]

MSP - Sistema Nacional Integrado de Salud normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf> [Acceso 3/09/18]

MSP (2017) Situaciones de riesgo de violencia doméstica hacia mujer, niños, niñas y adolescentes. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/definiciones-de-situaciones-de-riesgo-de-violencia-domestica-hacia-mujer> [Acceso 25/02/19]

PODER LEGISLATIVO - LEY 18.211. Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2929932.htm> [Acceso 26/05/19]

PODER LEGISLATIVO - LEY 18.161. Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5263181.htm> [Acceso 10/08/19]

PODER LEGISLATIVO - LEY 18.131. Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1270609.htm> [Acceso 10/08/19]

Presidencia (2019) *Centro de referencia nacional*. Recuperado de:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-jnd-portal-amarillo-red-drogas-olivera>

ROU - CÁMARA DE SENADORES (2013) Atención sanitaria de adictos en situación de riesgo. Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/S2013120976-002108784.pdf> [Acceso 15/11/18]

SMU (2018) Reestructura del Primer Nivel de Atención Mercado de trabajo del sector salud. Pradere, Gabriela. Disponible en:

<https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> [Acceso 22/08/18]

Tamayo y Tamayo, Mario (s/f) *La interdisciplinariedad*. Recuperado de:

https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/5342/1/interdisciplin-riedad.pdf