



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Licenciatura en Trabajo Social
Monografía final de grado

**Determinantes sociales de la salud, abordaje desde el trabajo social
en policlínicas de Primer Nivel de Atención**

Micaela Leivas Benítez

Tutora: Celmira Bentura

A mi tutora Celmira, por el respeto hacia el trabajo de los estudiantes, su comprensión y dedicación.

A mi madre y mis abuelos, por el apoyo incondicional, los abrazos inspiradores y el amor, tantísimo amor.

Lista de siglas

OMS - Organización Mundial de la Salud

DSS – Determinantes Sociales de la Salud

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

APS - Atención Primaria de Salud

CDSS - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

OPS- Organización Panamericana de la Salud

JUNASA - Junta Nacional de Salud

FONASA - Fondo Nacional de Salud

ASSE - Administración de los Servicios de Salud del Estado

ESPNA- Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

EP - Equipo de Proximidad

EPN- Equipo de Primer Nivel

Índice

Introducción y fundamentación.....	1
Capítulo1: “Hablemos de salud”	5
1.1. Los Determinantes sociales de la salud.....	5
1.2. Sobre la Atención Primaria de Salud en el Primer Nivel de Atención.....	16
Capítulo 2: “El Trabajo Social en el ámbito sanitario”	25
Consideraciones finales.....	34
Bibliografía.....	39
Anexos.....	44

Introducción y fundamentación

Con el cometido de introducirse en el presente documento se afirma que el mismo corresponde a la Monografía Final de Grado para la Licenciatura en Trabajo Social; constando de una fundamentación sobre la elección del tema escogido, sus objetivos – tanto general como específicos-, los aspectos metodológicos, las categorías teóricas seleccionadas, y finalmente, la bibliografía que fue consultada.

Se pretendió indagar y problematizar sobre los Determinantes Sociales de la Salud y su abordaje desde el Trabajo Social en policlínicas de Primer Nivel de Atención.

En cuanto a la motivación para la elección de la temática, se establece que la misma, surgió al reflexionar sobre los abordajes familiares realizados durante el segundo año del Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, pensando las problemáticas que se manifestaron tanto implícita como explícitamente en las situaciones en las que se intervino. En estas últimas, se observó que todas las demandas realizadas tanto por los usuarios como por los profesionales de la policlínica (en la cual se llevaron a cabo las prácticas pre profesionales), estaban relacionadas con la salud y los determinantes sociales de la misma.

Dichas demandas, versaron en torno a las condiciones de la vivienda, el acceso a la educación, ocupación- desempleo, condiciones ambientales, organización comunitaria, participación social, oportunidades de progreso y desarrollo, diversos problemas en cuanto al acceso a los servicios de salud, etc.

La temática fue seleccionada pensándose que son justamente estos factores de diversa índole: biológicos, socioculturales, ambientales, económicos, etc., quienes impactan en las condiciones de la vida cotidiana de las personas llegando a determinar y posteriormente a condicionar, la salubridad de las mismas.

Es decir que los Determinantes Sociales de la Salud atienden coyunturas relativas a la vida cotidiana de las personas como el acceso a los servicios sanitarios, instituciones educativas, apropiadas condiciones laborales, acceso a la

recreación, vivienda adecuada y oportunidades de crecimiento. Afirmándose que dichos determinantes impactan en el cómo, y en la forma en que los servicios de salud deben suministrarse (Paredes, 2014).

Se estableció de suma relevancia a partir de la problematización de estas demandas el poder visibilizar la importancia del Trabajador Social en el ámbito sanitario, explícitamente en el Primer Nivel de Atención, ya que estas cuestiones atañan con total pertinencia a su accionar profesional, portando las competencias para hacer frente a estas cuestiones en pro del cumplimiento y garantía del real acceso a la salud. Debe resaltarse que estas coyunturas se reproducen en el campo problemático¹, espacio por excelencia del accionar de este profesional.

Se afirma que es el Trabajador Social en el campo de la salud, el profesional del equipo multidisciplinar que posee el conocimiento del déficit y necesidades sociales que impactan en el desarrollo de la salud-enfermedad, reconoce las redes familiares y sociales, quien impulsa la utilización de los recursos que se disponen mediante actividades investigativas, de planificación y programación, de cuño educativo, promoción, prevención, orientación y administración de recursos sociales y/o de salud, propulsadas en pro de la restauración de la salud y fomentar el involucramiento de los usuarios en las instituciones de salud (Colegios Oficiales de Trabajo Social de Valencia, 2012, en Rodríguez et al., 2017).

¹ Según Rozas (2010) “entendemos la intervención como campo problemático en la medida que ella se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que reconfiguran el mundo social de los sujetos” (p.46). Destacándose que “es el lugar donde se explicitan las trayectorias que llevan a la pobreza, a la desocupación, a la marginalización y a la exclusión y que se manifiestan como demandas individuales y autónomas de sus relaciones mutuas” (p.50).

Es entonces que “la particularidad que adquiere dicho campo problemático es expresión a la vez de la lógica en la cual emerge la profesional como actividad socio-ocupacional en el proceso de división sócio-técnica del trabajo” (Rozas, 2010, p.44).

En el desarrollo del trabajo monográfico, se pretendió llevar a cabo una búsqueda bibliográfica lo más exhaustiva posible, ya que el presente documento responde a una monografía de compilación conceptual.

Se procuró discutir sobre el tema explicitado con el cometido de desarrollar los objetivos planteados para la monografía, y así contribuir a exponer cierto conocimiento y visibilizar la creciente relevancia que han tenido los Determinantes Sociales de la Salud y a partir de la acción profesional del Trabajo Social, atenuar sus manifestaciones, generando para la población usuaria, un verdadero estado de salud.

Por lo tanto, el **objeto de análisis** de esta Monografía de Grado, se centró en indagar acerca de los Determinantes Sociales de la Salud, y su abordaje desde el Trabajo Social en policlínicas de Primer Nivel de Atención.

A partir del objeto explicitado, se plantearon los siguientes **objetivos**:

Objetivo general:

- Explorar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, su impacto en el Primer Nivel de Atención, desde la óptica y abordaje del Trabajo Social.

Objetivos específicos:

- Conocer que se entiende por Determinantes Sociales de la Salud y su expresión en desarrollo de la vida cotidiana de las personas.
- Problematizar sobre el nexo entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Primer Nivel de Atención.
- Analizar el rol del Trabajo Social en el ámbito sanitario, para visualizar su aporte en relación a los Determinantes Sociales de la Salud, en pro de la promoción y prevención de la salud.

Estrategias metodológicas:

Se afirma que la metodología seleccionada para la presente Monografía de Grado responde a un trabajo de análisis bibliográfico, desarrollado a través de la interacción de distintas perspectivas teóricas de los autores analizados, generando la base de las categorías teóricas abordadas con el cometido de indagar en torno a los objetivos explicitados.

No obstante, inicialmente y como se expresó en el proyecto de Monografía de grado, se había pretendido adicionalmente, la realización de una serie de entrevistas a Trabajadores/as Sociales quienes desarrollasen su labor profesional en policlínicas de Primer Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay. Durante el proceso de confección del documento, se decidió que no, ya que la temática requería de un mayor peso teórico, lo cual sumado a la situación sanitaria actual, se llevó a cabo únicamente en el análisis bibliográfico.

Por otro lado, se pretendió también proporcionar ciertos lineamientos para seguir problematizando a futuro, quizás desde otras aristas en lo concerniente a los Determinantes Sociales de la Salud, el Trabajo Social y el Primer Nivel de Atención; lograr un mayor impacto en su conocimiento y visibilidad, por y para los estudiantes.

Categorías de análisis utilizadas: Determinantes Sociales de la Salud, Primer Nivel de Atención, Trabajo Social.

Capítulo 1

Hablemos de salud

En el presente capítulo se intentará brindar al lector, una aproximación a la problematización de la salud desde una óptica integral de la misma. A partir de dicho propósito, se indagará y analizará el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, desde sus orígenes hasta su impacto actual. Posteriormente y con intenciones de ahondar en cuanto al Primer Nivel de Atención, se proporcionará una contextualización en lo que respecta a la reforma de salud -materializada a partir de la creación de la ley 18.211-, quien puso en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud, portador de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

1.1. Los Determinantes sociales de la salud

Se entiende de suma relevancia en relación a los DSS, el poder contextualizar esta categoría, a partir del concepto de salud. Dicho concepto:

tradicionalmente entendido como ausencia de enfermedad ha ido ampliándose a través del tiempo hasta llegar a la definición de << Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad >> propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), con la complejidad de condicionantes que esto significa (Espinosa García, J. (s/f)).

A partir de lo explicitado, se asevera el definir a los DSS como “aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (Mejía, 2013, p.33)

Siguiendo la línea de análisis de Mejía (2013) la cual retoma los aportes de varios autores entorno a la temática DSS, y expone que el estudio de dichos determinantes se remonta hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX, asociado a la problematización del deterioro de las condiciones de vida y salud de las personas de esa época. Estos deterioros encontraron sus causas en los rápidos procesos migratorios hacia las grandes ciudades industriales y en la conversión de

los procesos productivos de la revolución industrial europea, los cuales trajeron consigo grandes epidemias e impactos negativos en lo concerniente a lo ambiental, económico y social, generando reflexiones críticas de los higienistas de ese tiempo.

Siguiendo a esta autora, la cual referencia a los líderes del Movimiento Sanitarista -primera mitad del siglo XIX- y afirma que fueron estos, quienes pusieron énfasis en las altas tasas de morbilidad y mortalidad de aquella época, las cuales encontraban su raíz en consecuencia de los factores estructurales del nuevo orden económico industrial. Dicho orden, se caracterizaba por las dificultosas condiciones de trabajo en las fábricas: la fatiga, el cansancio físico y las nacientes enfermedades debido a las jornadas agotadoras de trabajo; la pobreza, mala alimentación, el hacinamiento en las clases populares, la falta de agua potable, las condiciones insalubres tanto de las viviendas como de los centros industriales, el bajo nivel educativo de las personas, etc.

Fue debido a estas condiciones que:

los analistas críticos de aquella época sugirieron la necesidad de hacer cambios estructurales en la organización social y en la normatividad de los Estados, lo que dio origen a importantes respuestas gubernamentales como la “New Poor Law de 1834” y la “Public Health Act de 1848”; esta última reconocida como la primera ley estructurada de salud pública que influenció en gran medida las políticas sanitarias en la mayoría de países europeos durante la segunda mitad del siglo XIX (Mejía, 2013, p.30)

A partir de lo explicitado precedentemente y siguiendo los aportes de Mejía (2013) se establece que el pensamiento instaurado por el Movimiento Sanitarista, el cual vinculaba la salud-enfermedad con las condiciones estructurales de la sociedad, se sostuvieron en los aportes realizados por grandes líderes del pensamiento de la salud pública en la segunda mitad del s. XIX y principios del s. XX.

Estos nuevos aportes afirmaban que las condiciones sociales y económicas impactaban de forma significativa sobre la salud de la población, entonces era el Estado quien debía asegurar la protección de salud de la población, sobre todo propiciar condiciones favorables de vida para las clases más vulnerables.

Avanzada la segunda mitad del siglo XX, se generaron discusiones de mayor relevancia en cuanto a la importancia de la salud pública, estas estuvieron agrupadas en torno a las conclusiones de la conferencia de Alma Ata y las siguientes conferencias internacionales sobre promoción de la salud dirigidas por la OMS.

La conferencia de Alma Ata llevada a cabo en el año 1978, se destacó por hacer énfasis en priorizar a la salud como el objetivo social de mayor interés, el cual demandaba la acción de diversos actores como los sociales, políticos y económicos, para vencer las inadmisibles desigualdades sanitarias existentes las cuales se reproducen entre y dentro de los países. En esta conferencia también, se interpeló por la necesidad de definir un nuevo orden económico internacional para salvaguardar la salud, colaborar por una mejor calidad de vida, mitigar las desigualdades y conseguir el desarrollo económico y social.

En el año 1986 se llevó a cabo la conferencia de Ottawa, en la cual se afirmó que, para adquirir apropiadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, las personas deben poder identificar, como desarrollar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades. En esta conferencia, la salud fue comprendida como fuente de riqueza y como el recurso óptimo para la prosperidad tanto personal, económica y social. En palabras de Mejía (2013) “La educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, fueron considerados requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna” (p.31).

Fue en esta declaración, donde se manifestó con claridad la idea de los determinantes sociales de la salud, al afirmar que “los factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, de conducta y del medio ambiente pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud” (Mejía, 2013, p.31)

Allí se destacó, que la promoción de la salud es una vía para minimizar las diferencias sanitarias y de garantizar los medios para que todos los sujetos obtengan iguales oportunidades para maximizar su potencial en salud.

Posteriormente, se llevaron a cabo varias conferencias más, como lo fueron la conferencia de Adelaida en el año 1988, donde se ratificaron los contenidos

explicitados en Alma Ata y de Ottawa, principalmente la justicia social y la equidad como requerimiento para la salud. Se hizo mención sobre las políticas públicas para el cuidado de las mujeres, nutrición adecuada, vivienda apropiada y entornos saludables.

En el año 1991, se desarrolló la conferencia de Sundsvall, la cual intercedió en pro de la reproducción de entornos propicios para la salud en lo concerniente a aspectos físicos, políticos, económicos y de género. También se estableció en dicha conferencia, la acción en conjunto de gobiernos, sociedad y alianzas nacionales e internacionales para dejar atrás la pobreza aguda y la disparidad en salud y bienestar.

Seis años más tarde, en 1997, se llevó a cabo la conferencia de Yakarta la cual se destacó por involucrar al sector privado responsabilizándolo en torno a los determinantes sociales de la salud. En esta oportunidad, se trabajó sobre el rumbo a tomar y las tácticas para impulsar la salud en el siglo XXI. Es entonces que, se afirmó como derecho humano indispensable a la salud y la promoción de la misma constaría de una inversión pública-privada, para intervenir sobre los DSS y disminuir la inequidad.

Siguiendo el orden cronológico de las conferencias relatadas por Mejía (2013), en el año 2000 tuvo lugar la conferencia de México, en la cual se estableció con carácter de urgencia el abordar los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la salud, contando con el apoyo de todos los sectores y niveles de la sociedad. Se concluyó en que la promoción de la salud tiene carácter esencial en las políticas y programas de salud para todos los países, haciendo énfasis en la reorientación de los sistemas de salud y la labor intersectorial.

Año 2005, en Bangkok, se implantaron los retos, medidas y compromisos primordiales para trabajar sobre los DSS en el mundo globalizado, implicando a varios agentes considerados fundamentales para adquirir la salud universal: los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil tanto el sector privado como comunidad de la salud pública.

En cuanto a lo relatado hasta el momento, debe hacerse mención de que no solo existe esta única corriente de pensamiento ya que como afirma Ruz et al. (2020) se desarrolla un debate controversial en la salud pública contemporánea en

relación a los determinantes sociales de la salud llevado a cabo por la OMS, dichos autores explicitan que desde esta postura “se evidencia una suerte de “ingenuidad” epistemológica en el modelo” (p.1).

Es entonces que:

la literatura sanitaria, se presentan múltiples críticas al modelo de dicha organización, así como a su énfasis positivista, a su reduccionismo de la ontología de lo social y a la linealidad de sus métodos, al tiempo que existen pocos textos en salud sobre el “realismo crítico” como fundamento epistemológico de la corriente latinoamericana (Ruiz et al., 2020, p.1)

Siguiendo a Ruiz et al. (2020) es menester, problematizar sobre la determinación social de la salud, desde el realismo crítico como su principal fundamento epistemológico. Dichos autores, enfrentan estos dos enfoques y afirman que la diferencia entre ambos no se reduce a una semántica o el abordaje de lo social en la salud, sino que esta diferencia explicita retos operativos, para la corriente latinoamericana, ya que esta última referencia a un conjunto de categorías abordadas en corrientes críticas al neoliberalismo y a las preponderancias de las lógicas emitidas desde la epidemiología clásica.

Ruiz et al. (2020), afirman que:

pese a las pretensiones de novedad de la oms y la ops con su modelo de determinantes sociales, ya desde la década de los setenta, en Latinoamérica, se había acuñado la “determinación social de la salud” (dss) como una categoría central de la medicina social y la epidemiología crítica que, como otras posturas críticas, no tuvo desarrollo amplio en el sector sanitario, por el predominio y la hegemonía de la epidemiología anglosajona y la salud pública tradicional (p.3).

Esta corriente de pensamiento se origina en torno a la epidemiología crítica latinoamericana, en un quiebre con el multicausalismo lineal y el modelo empírico-funcionalista de la epidemiología clásica y ecológica. Según Ruiz et al. (2020) “las fuentes teóricas que sirvieron a la génesis de la epidemiología crítica se cimientan en planteamientos revolucionarios en el campo sanitario y su determinación

sociohistórica en los siglos xviii y xix, con las luchas anticoloniales y obras revolucionarias de Europa” (p.3).

Reforzando esta idea, Breilh (2013) también afirma que, bajo la influencia social de los años 70, se reprodujeron las coyunturas para que desde una amplia cantidad de núcleos de la medicina social Latinoamericana, se pusiera énfasis en el vínculo entre el orden social capitalista y la salud, contexto que posibilitó manifestar directamente el empleo de la categoría de determinación social de la salud en la epidemiología. Esta es una “categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir”. (p.14)

En cuanto a la determinación social de la salud, y retomando los aportes de Ruiz et al. (2020) se establece que dicha categoría posee carácter antiimperialista e identidad latinoamericana; con fuertes críticas hacia el hecho de que las políticas públicas son llevadas a cabo por un Estado transnacional no electo o por intereses corporativos.

Profundizando esta línea de pensamiento, y en cuanto a su trayectoria según Ruiz et al. (2020) se han detallado cuatro períodos de desarrollo conceptual y político. El primero se desarrolló en los años setenta respondiendo al “periodo formativo”, orientado a la confrontación del paradigma lineal del riesgo; el segundo, responde al “periodo de diversificación” durante la década de los ochenta, “corresponde a la conjunción de intereses de los epidemiólogos críticos y el desarrollo teórico de la triple inequidad de clase, género y etnia” (Ruiz et al., 2020, p.4). La tercera etapa tuvo lugar en la década de los noventa y “es el momento de la consolidación interdisciplinaria e intercultural de un nuevo sujeto de la epidemiología, como respuesta crítica a la epidemiología empírica y ecológica, y una crítica a la sociedad de mercado” (Ruiz et al., 2020, p.4). En cuanto a la última etapa, la misma:

se despliega en el presente siglo, denominada “consolidación socionatural”, con categorías complementarias a la dss, como el metabolismo sociedad-naturaleza, las 4 “S” (sustentable, soberana, solidaria y saludable) de la vida,

y la confrontación con la corriente de los determinantes sociales de la salud de la oms-ops (Ruiz et al., 2020, p.4).

Siguiendo el análisis de los autores referenciados, desde esta perspectiva, el materialismo histórico/ dialéctico toma a la salud pública como una institución compleja y multidimensional, con su propias coyunturas históricas y críticas, que se reproduce sobre la oposición y disputa de contrarios, donde el sujeto también se vuelve un ente activo, autor y transformador; y donde la investigación evidencia la conjunción de distintas disciplinas, niveles de realidad y culturas.

Retomando los aportes de Breilh (2013), se puede afirmar que “la salud es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis” (p.16).

Se asevera que:

Avanzar hacia un paradigma crítico de la epidemiología, implica entrelazar tres transformaciones complementarias e interdependientes, el replanteo ontológico como objeto complejo, la innovación en su conceptualización en cuanto a las categorías y operaciones metodológicas que permitan hacerlo inteligible, y la apertura y vinculación con las formas de incidencia y las fuerzas sociales movilizadas, todo ello inscrito en un proceso dialéctico de determinación socio histórica (Breilh, 2013, p.16).

En cuanto a lo explicitado hasta el momento, lo cierto es que “los DSS explican la mayor parte de las inequidades en salud, consideradas como diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a su situación de salud y bienestar” (Urbina Fuentes, 2016, p.8).

Es entonces que:

Ante la creciente preocupación suscitada por estas inequidades persistentes y cada vez mayores en todos los países miembros de la OMS, en el 2005 se crea la Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS) de la Salud, para que ofreciera opciones y asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas (Urbina Fuentes, 2016, p.8).

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), esta última fue:

Creada con el fin de recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, la Comisión es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización (p.1).

Dicha comisión, estableció tres recomendaciones generales o principios de acción. Los mismos responden a:

1. “Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece” (Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011, p.2)

Estas condiciones, hacen referencia al bienestar de las personas, promoviendo tanto el desarrollo de la primera infancia como la formación educativa de los niños y niñas. En este punto también se hace referencia al mejoramiento de las condiciones de empleo y la formulación de políticas de protección social, promoviendo condiciones favorables, que le permitan a la población, envejecer de forma satisfactoria.

2. “Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local” (Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011, p.2).

Este punto, se hace referencia a que, para luchar contra la inequidad sanitaria y las diferencias en las condiciones de vida, hay que interceptar las desigualdades, lo cual demandaría un sector público robusto, es decir, comprometido y con suficiente capital; y, por otro lado, brindarle apoyo a la sociedad civil, al sector privado consciente, para obtener el interés común y reinvertir el accionar colectivo.

3. “Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto” (Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011, p.2).

En este tercer y último punto de acción expuesto, se hace referencia a que se debe aceptar que existe un problema, y a partir de allí que se establezca la magnitud correspondiente a la inequidad sanitaria tanto a nivel nacional como mundial, ya que sería un punto de partida sustancial para la acción.

Se afirma que:

para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011, p.2).

Avanzando en el tiempo, es menester mencionar que en el año 2018 se cumplieron 40 años de la declaración de Alma-Ata. Con motivo de este tiempo transcurrido, la OPS llevó a cabo el Foro Regional: “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, en la ciudad de Quito.

Según Tejada de Rivero et al. (2018), “Alma Ata no ha sido sólo la teorización de experiencias recogidas el año de su realización” (p. 676). Esto es debido a que la misma, “ha inspirado nuevos intentos de construir de forma innovadora y participativa, la salud para todos y por todos” (p.676).

No obstante, la Organización Panamericana de la Salud (2019) afirma que, si bien durante estos 40 años se reunieron vastos conocimientos y experiencia en lo concerniente a la salud; la agenda continúa inconclusa, ya que aún existen metas por cumplir y enormes cantidades de personas carecen de acceso la salud, teniendo este derecho vulnerado.

Nótese:

A pesar de las mejoras en las condiciones y la cobertura de salud de la población, los avances en la equidad en salud son limitados. En la actualidad, el contexto regional y global nos enfrenta a nuevos desafíos epidemiológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.35).

Ratificando esta aseveración, Tejada de Rivero et al. (2018), explicitan que:

Finalmente debemos reconocer todos que en 40 años el mundo ha cambiado en muchos aspectos. Un ejemplo de ello es el impacto climático del calentamiento global, la pérdida de los glaciares y de las tierras cultivables, que afectan a su vez las condiciones saludables del clima, y cimientan, según algunos estudiosos, la destrucción definitiva del mundo. Es como si este determinante social de la salud (y de la vida humana sin duda alguna) importase menos que los beneficios económicos que se derivan de las actividades económicas que afectan el clima y la naturaleza (p.676).

Siguiendo esta línea de análisis, dichos autores, exponen que:

Lamentablemente en la actualidad no se han superado las inequidades existentes en la década de los 70 del siglo pasado; y, en algunos casos, las injusticias e inequidades en los niveles de salud se han incrementado. Uno de los factores que más ha pesado en ello, ha sido el persistir en una atención médica reparativa orientada a la enfermedad y no en actuar sobre los determinantes sociales de la salud presentes en todos los sectores y ámbitos de los Estados y en poblaciones nacionales (Tejada de Rivero et al., 2018, p.676).

Es entonces que:

El principal obstáculo para alcanzar el derecho a la salud sigue siendo el mismo de hace 40 años: la profunda asimetría de poder y los intereses de quienes lo ostentan. Aquí se plantea un manejo del poder en atención al interés público, basado en las aspiraciones de los pueblos y en los principios de equidad y de justicia social. En esa gestión del poder que representa los intereses de la población, el Estado debe desempeñar un rol preponderante (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.49).

Es entonces que “los procesos democráticos le otorgan su legitimidad y, en ese sentido, cuanto más profunda y participativa sea esa democracia, más concordancia puede esperarse entre las acciones del Estado y el interés público, incluido el derecho a la salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.49).

Siguiendo los aportes de la Organización Panamericana de la Salud (2019) quien identifica cuatro problemas primordiales, los cuales deben ser afrontados por los Estados, ya que impactan en la capacidad de asegurar el derecho a la salud: “estos problemas destacan la necesidad de contar con modelos institucionales con una alta capacidad técnica, robustos, ágiles, transparentes e inclusivos que permitan a los Estados garantizar el derecho a la salud de las poblaciones de manera efectiva” (p.50).

Dichos problemas, responden en primer lugar “en un momento histórico en el que se reconoce que el abordaje de los determinantes sociales es esencial para mejorar el estado de salud de la población, es fundamental una gobernanza intersectorial efectiva” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.50). La segunda problematización, responde a que “es imprescindible una gobernanza que module la relación y la tensión entre las esferas pública y privada, de modo que en las sociedades actuales prime el objetivo final del bienestar colectivo” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.50). En cuanto al tercer problema “es el de la gobernanza central relacionada con la local, sobre todo ante la variedad de arreglos institucionales en la Región, con un espectro que va de la alta centralización a la alta descentralización” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.50). En último lugar, “se considera que la gobernanza global cobra cada vez más relevancia y plantea nuevos retos a la hora de asegurar la salud para todos” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.50).

En cuanto a lo expuesto precedentemente, se considera menester afirmar que:

Creemos que en estas cuatro décadas hay muchas lecciones aprendidas y quizás asistimos a un nuevo equilibrio de múltiples y diversos actores incluyendo las diferentes organizaciones de Naciones Unidas -tanto las financieras como aquellas más técnicas-, los Estados miembros, los centros de investigación, la filantropía, el sector privado y una incipiente sociedad civil

más participativa. Este espíritu también permea una nueva Agenda de Desarrollo que por primera vez aglutina diversos sectores incluyendo, por ejemplo, tanto la agenda de desarrollo sostenible como la de cambio climático (Ramírez, 2018).

1.2. Sobre la Atención Primaria de Salud en el Primer Nivel de Atención

Con intenciones de contextualizar sobre el sector de salud uruguayo se han retomado los aportes de Pereira et al., (2005) citado en Rodríguez (2011), quien expone que este sector se consolidó en el siglo XX como un caso irregular en el contexto regional, debido a su alto grado de afianzamiento y expansión territorial de las variantes tanto públicas como privadas de suministro de servicios (su amplia cobertura), y la incipiente transición demográfica y epidemiológica que vivieron los habitantes.

No obstante, “los efectos negativos de varias situaciones, progresivamente, se combinaron para impactar en el desempeño del sector durante las últimas décadas del siglo” (Rodríguez, 2011, p.23).

Nótese:

La crisis económica general del cambio de siglo, con su consecuente aumento del desempleo, precarización de las condiciones de trabajo, aumento de la pobreza, la indigencia y la desigualdad social, no hizo más que agravar la situación que el sector salud experimentaba por razones endógenas, aumentando la demanda sobre los servicios públicos (en un contexto de fuerte limitación del gasto público). Los problemas económico-financieros de los servicios se agudizaron, ambientando el cierre de varios prestadores privados (Rodríguez, 2011, p.23).

Siguiendo los aportes de Rodríguez (2011), esos efectos negativos impactaron en la fragilidad del Estado en cuanto a su accionar en el ámbito de la salud pública (falta de coordinación y déficit en la gestión de servicios), quien reproducía primordialmente un modelo de atención curativo asistencialista, el cual daba mayor importancia al segundo y tercer nivel de atención. Se destaca también, la carencia de abordajes integrales que proporcionaran respuestas a la emergente configuración de riesgo de la población.

Según este autor, en las elecciones nacionales del año 2004 se visualizó un resultado trascendente con el Gobierno Nacional en la primera vuelta, el Frente Amplio alcanzó la mayor cantidad de bancas en ambas cámaras del Parlamento. Por ende, las reformas establecidas en su propuesta programática, entre ellas, la que nos compete (la reforma sanitaria), podrían ser llevadas a cabo gracias al apoyo de los votos del partido de gobierno.

En esta coyuntura se destaca que “la recuperación económica, el aumento de la recaudación pública, el descenso del desempleo y el aumento de la formalización laboral, eran elementos que ampliaban los márgenes de acción gubernamentales” (Rodríguez, 2011, p.24).

Según Rodríguez (2011), el conjunto de reformas establecido para este primer periodo de gobernanza, estaba constituido por una multiplicidad de iniciativas complejas, fuertemente vinculadas a la protección social, referidas a la salud, reformas laborales, seguridad social, etc.

Transcurrió en ese contexto la promulgación de una serie de leyes establecidas en la cual se destaca la ley 18.211: creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), quien combinaba la oferta de servicios públicos y privados existentes. La misma, fue sancionada por el Poder Legislativo a finales del año 2007 entrando en vigencia el 1° de enero de 2008.

A partir del SNIS:

se constituye un Seguro Nacional de Salud cuyos objetivos son entre otros el garantizar el acceso universal, brindar atención integral a la salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y lograr justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud que asegure la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad del sistema (Sollazzo y Berterretche, 2011, p.2830).

Se asevera que “la propuesta se estructuraba en torno al cambio de los modelos de financiamiento, gestión y atención, los cuales tienen un funcionamiento orgánico, con múltiples influencias recíprocas” (Rodríguez, 2011, p.25).

En concordancia con lo expuesto hasta el momento y tomando los aportes de Setaro (2014), se establece que son los Estados quienes deben reproducir un rol

esencial en lo concerniente a la promoción del desarrollo de los ciudadanos. Dicho rol comprende la organización y ordenación política de procesos socioeconómicos, visualizados en la estructura institucional de múltiples áreas productivas y redistributivas. Es entonces que “la organización de los servicios de salud es una de esas estructuras mayores, con un grado de complejidad político institucional superior dentro de los Estados de bienestar contemporáneos” (p.1).

Siguiendo los aportes de estos autores, los cuales, problematizando la reforma de salud, afirman que la misma se destina a fortalecer el rol del Estado a través de la conjunción de elementos diversos del bienestar, en la búsqueda de garantizar el acceso universal al sistema de salud.

En cuanto a su sustento económico, dicho sistema se encuentra “financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS), la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) retomando su rol de rectoría y las funciones de autoridad sanitaria que le asigna la Constitución y las Leyes” (Ríos, 2014, p.8)

En cuanto a los cambios en el modelo de financiamiento, se establece que:

el Seguro se financia a través de un Fondo único público y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al que aportan el estado, las empresas y los hogares beneficiarios del SNIS, reuniendo todos los aportes de la seguridad social. Este fondo es administrado centralmente por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública en el que participan usuarios, trabajadores de la salud y prestadores (Sollazzo y Berterretche, 2011, p.2830).

Se afirma que “la JUNASA compra servicios a las instituciones prestadoras integrales tanto públicas como privadas a través de la firma de contratos de gestión con las mismas” (Sollazzo y Berterretche, 2011, p.2831). Siguiendo a estos autores, se establece que los usuarios aportan a este fondo dependiendo de sus ingresos económicos y pueden elegir a su conveniencia el que será su prestador de salud. Este último está forzado a proporcionar una cobertura integral.

Profundizando en cuanto a la reforma de salud, se retoman los aportes compartidos por el MSP (s.f.) en los cuales se detalla que el FONASA se adhiere a

ASSE como una opción de asistencia emergente, ampliando el rango de cobertura de la seguridad social para los usuarios, siendo inmediata para las personas afiliadas a la seguridad social. Este Fondo, solventa las cuotas de salud reguladas por riesgo en lo que respecta a las variables como el sexo y la edad y a su vez, abona un complemento por metas asistenciales según el desempeño de ciertos programas.

En relación a lo expuesto precedentemente y según Setaro (2014):

Los usuarios del fondo aportan según su capacidad contributiva y su estructura familiar. Los porcentajes van desde 3% hasta 8% de sus ingresos, y los patronos aportan un 5% por sus trabajadores. El fondo paga directamente a las instituciones de salud una cuota de salud ajustada por riesgo, por cada uno de sus beneficiarios, de manera independiente de lo que éstos aporten al fondo (p.13).

En relación a lo explicitado con anterioridad, se exponen los aportes extraídos de un documento presentado por Presidencia, donde se afirma que uno de los ejes de cambios más importantes en el modelo de atención de la salud, se encamina hacia una orientación que maximice la atención integral, la cual conlleva acciones de promoción y prevención de salud, asegurando : “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 proporciones cuidados paliativos” (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, (s.f.), p.2).

Es entonces que el SNIS “promueve un enfoque integral, que incorpore en su proceso a los determinantes de la calidad de vida de las personas (sociales, ambientales, culturales, etc.) orientado por los principios de universalidad, equidad, oportunidad, calidad, eficiencia social y económica, interdisciplinariedad y sustentabilidad” (Rodríguez, 2011, p.57-58)

En cuanto a la APS, y retomando los aportes de Vignolo et al. (2011) los cuales establecen que la misma es una estrategia que fue pautaada en la conferencia de Alma Ata en el año 1978 como:

la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (p.13).

Ampliando esta definición, se han retomado los aportes de la OPS (2019) donde se señala la APS “como estrategia política de los Estados y la sociedad civil para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la salud de la población” (p.14).

Siguiendo a la OPS (2019), se expone que la APS es visualizada como un camino para alcanzar la salud universal, por lo tanto, un derecho de todos y todas el cual carga los valores de calidad, equidad y justicia social. En relación a lo planteado se afirma que deben ser las políticas de Estado quienes aseguren estos derechos, acaten la diversidad y posean solvencia económica para así contar con recursos suficientes y equitativos. De esta forma, se robustecerían las sociedades como motor de conversión de las realidades, con el objetivo de que no haya personas desvinculadas del sistema de salud.

Según la OPS (2019), la APS está enfocada a brindar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Dentro de estos se llevan a cabo acciones destinadas a comunicar y educar sobre las problemáticas en salud y con estas su prevención. También se busca informar sobre nutrición saludable, salud materno-infantil, inmunización contra las enfermedades infecciosas más comunes, etc.

Ahondando en la APS, se realizará una breve mención en lo correspondiente a sus valores, principios y elementos intrínsecos, para ello se han retomado los aportes de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2007).

Dichas organizaciones, destacan el concepto de valor como los “objetivos o normas sociales aceptados por un individuo, una clase o sociedad” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007, p.21).

Estos valores responden al **derecho al mayor nivel de salud posible** (sin distinción de género, cultura, orientación política o situación socioeconómica). **Equidad** en relación a la accesibilidad, propiciar los entornos saludables y en la atención recibida por parte de la institución de salud. **Solidaridad**, valor referido al trabajo en conjunto en pro del bienestar colectivo (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007).

En cuanto a los principios, se afirma que:

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007, p.23).

Siguiendo a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud (2007), entre estos principios se detallan: el **dar respuesta a las necesidades de salud de la población**, los servicios de salud deben estar **orientados hacia la calidad** (mediante seguimientos constantes), la **responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos**, la **justicia social** (accionar del gobierno valorado en pro de la garantía del bienestar de la población). **Sostenibilidad**, para alcanzar este principio es menester la planificación decisiva y el compromiso con esta a futuro. La **participación**, inculca a los socios a la toma de decisiones en lo concerniente a los recursos y la rendición de cuentas; la **intersectorialidad** quien establece que el sector de la salud debe trabajar desde la interdisciplinariedad con el fin de maximizar las políticas públicas.

En cuanto a los elementos intrínsecos a la APS, se establece que los mismos son entendidos como una cualidad básica o esencial, “se interrelacionan, están presentes en todos los niveles del sistema de salud y deben basarse en la evidencia respecto a su efectividad para la mejora de la salud” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007, p.25).

Dentro de los elementos se encuentran, la **cobertura y el acceso universales**: establece que los dispositivos de financiación y organización son suficientes para toda la población. El **primer contacto**, la **Atención integral**,

integrada y continua implicando que las opciones de servicios disponibles deben ser competentes para la resolución de las necesidades de salud de la población.

La **orientación familiar y comunitaria** ya que se utiliza la información familiar y comunitaria para indagar y establecer riesgos y determinar el orden de preponderancia de las actuaciones. El **énfasis en la promoción y en la prevención**, los **cuidados apropiados** se refieren a que no debe de limitarse a la atención explícita de la enfermedad, debe problematizarse a la persona como un todo en sus requerimientos sociales.

Continuando con los elementos explicitados hasta el momento, no se debe de olvidar el promover los **Mecanismos de participación activa** quienes actuarían como garantes de la transparencia y la efectiva rendición de cuentas. Un **marco político, legal e institucional sólido** que reconozca y ampare el accionar de los actores que habilitan a que la APS ejecute las funciones que le son establecidas.

Se destacan también las **políticas y programas pro-equidad**, quienes disminuyen los impactos negativos de las disparidades sociales en salud. Se requiere de prácticas con **organización y gestión óptimas** para la provisión de atención de forma segura.

Se explicitan **los recursos humanos adecuados**; quienes desarrollan una planificación que provea **recursos adecuados y sostenibles** según las demandas de salud; partiendo de **acciones intersectoriales** “creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia (...), etc.” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007, p.28).

Por lo tanto: “la APS es un concepto integrado en una propuesta de construcción social, política y técnica que permita el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas y todos, y en especial a aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p.14).

En torno a lo explicitado y ahondando en la Ley 18.211, se puede afirmar que “el Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de

atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Ley N°18.211, 2007, Art. 34).

Haciendo énfasis en los niveles de atención, se definen los mismos como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo et al., 2011, p.12).

Siguiendo a Vignolo et al. (2011) se referencian tres niveles de atención, siendo el primer nivel el más cercano a los usuarios y considerándose la puerta de entrada al sistema de salud. Se plantea la organización de los recursos, los cuales posibilitan solventar las necesidades de atención más elementales y recurrentes, pudiendo ser solucionadas por actividades de promoción de la salud y prevención de afecciones.

Según lo dispuesto en la ley:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia (Ley N°18.211, 2007, Art. 36).

Reafirmando, y según Van der Stuyft y De Vos (2008) al Primer Nivel de Atención le competen tres funciones esenciales “ser el punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el itinerario de su paciente en el sistema, y asegurar la integración y la síntesis de la información de salud de cada paciente” (s.p.).

En cuanto a las actividades principales de este nivel de atención, Garay et al. (s.f.) exponen que se debe referenciar la promoción, protección particular, el diagnóstico precoz, el tratamiento correspondiente, la rehabilitación, saneamiento ambiental y se fomentará la participación de la comunidad organizada.

En lo referido a la investigación “se utiliza el método clínico y epidemiológico, apoyado con técnicas complementarias de diagnóstico” (Garay et al., s.f.,p.8).

Se afirma que la investigación “deberá ser un objetivo primordial no solo para mejorar la eficacia y eficiencia en el trabajo sino para identificar los principales problemas y necesidades de salud del área” (Garay et al., s.f., p.8).

Siguiendo a estos autores es de suma relevancia resaltar que es debido incorporar la formación educativa constante de sus recursos humanos, tanto como de la comunidad.

Analizando las condiciones del servicio, según Dibarboure (2008):

Cada policlínica tendrá asignada un área de responsabilidad claramente delimitada y estará a cargo de la atención en salud de sus habitantes afiliados a ASSE por el SNIS. Es importante tener la información de la población a cargo a través de los propios servicios de ASSE y de la población potencial usuaria del servicio para su captación (p.112).

En cuanto al propósito decisivo de fortalecimiento del PNA es ASSE quien “se compromete a entregar a la IM la medicación necesaria conciliada en el vademécum definido por la Red de Atención Primaria Metropolitana, para la atención de las personas con cobertura de ASSE atendidas en las policlínicas departamentales” (ASSE, 2012, s.p.).

En lo que corresponde al segundo nivel de atención, y según Vignolo et al. (2011) “se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría” (p.12).

En cuanto al tercer nivel de atención y siguiendo la línea de análisis de Vignolo et al. (2011), dicho nivel “se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (p.12).

Capítulo 2

El Trabajo Social en el ámbito sanitario

Con intenciones de dar cuenta acerca del rol² del Trabajo Social en el ámbito sanitario, se comenzará por retomar los aportes de diversos autores y sus bagajes teóricos en pos de exponer una clara contextualización sobre los cambios que se manifestaron en la modernidad, y con ello las marcas de origen de dicha profesión. Se ampliará posteriormente sobre el accionar del Trabajador Social en la actualidad, haciendo énfasis el Primer Nivel de Atención.

Como se referenció con anterioridad, la modernidad trajo consigo ciertos aspectos coyunturales. Uno de los más importantes hace referencia a los procesos de medicalización de la vida social, el cual se impuso en “la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social” (Ortega, 2008, p.22).

Siguiendo los aportes de la autora, esta situación reprodujo una serie de intervenciones progresivamente en aumento por parte de la salud sobre las relaciones sociales (entre otros ámbitos diversos), cuando anteriormente dichas intervenciones no eran de su competencia. Se transformaron los asuntos que atañan a la salud en problemas políticos, desde la óptica e importancia de la higiene

² Duek e Inda (2014) analizan en su texto, la teoría de la estratificación social de Parsons, retomando conceptos como el de rol. Las mismas explicitan que “el conjunto de las orientaciones hacia ciertos valores específicos que caracteriza, en forma de necesidades y disposiciones recíprocas, a la interacción entre el actor y un objeto social dado (el prójimo) en una situación específica es el rol” (p.158).

También afirman que “el rol de un actor individual es su papel no en el sistema societal total sino en subsistemas de interacción específicos como pueden ser la familia conyugal o la organización ocupacional en que ese actor trabaja” (Duek e Inda, 2014, p.158).

pública. El valor del cuerpo (como cuerpo productivo para el trabajo), y la moralización sobre la conducta incorrecta.

Es entonces que:

este aspecto pasa a ser cada vez más importante y constituye uno de los ejes del discurso de las estrategias de prevención y promoción de la salud, donde la justificación de la intervención del saber médico no se encuentra en la existencia de una enfermedad, sino en la posibilidad de su existencia (Ortega, 2008, p.23).

A raíz de esta nueva expansión del poder y el proceder médico, se llevó a cabo la colonización de la vida cotidiana de la sociedad justificada en la garantía de la salud y alargamiento de la vida. Dicho proceso de medicalización de la sociedad, comenzó a visualizarse con claridad hacia finales del siglo XIX y desde los comienzos del siglo XX, encontrándose vinculado al proyecto político del batllismo.

A partir de lo explicitado precedentemente, se puede afirmar que:

los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente con relación a las familias pobres (Ortega, 2008, p.29).

Continuando con los aportes de Ortega (2008), se afirma que los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya que se reprodujeron en el período neobatllista, protagonizaron un viraje en el accionar del modelo higienista, que tuvo lugar a finales del siglo XIX, principios del siglo XX. Fue relevante la reedificación del perfil de dicho modelo, quien, cimentó el empuje medicalizador del Uruguay del novecientos.

“El higienismo novecentista (...) generalmente localizaba los peligros para la salud en situaciones concretas (el ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, etcétera) consideradas como totalidades en sí mismas e integradas a grandes y generalizadoras estrategias discursivas” (Mitjavila, 1999, citada en Ortega, 2008, p.42).

Esta concepción de los procesos de salud/ enfermedad, trajo consigo un espacio para la reproducción de la intervención de profesionales no pertenecientes al ámbito de la medicina que actuarían en pro del cumplimiento de las directrices médicas.

Estos profesionales, respondieron a la categoría de visitadoras sociales:

Las tareas encomendadas a las visitadoras sociales se refieren fundamentalmente a cuestiones inspectivas (a desarrollar, en primera instancia en el ámbito escolar) respecto de los niños, de los salones de clase, brindar instrucciones sanitarias tanto a los maestros como a los niños, además de las visitas domiciliarias (a las que se brindaba especial importancia), que tenían como objetivo instruir a la familia acerca de los beneficios de la higiene (Ortega, 2008, p.51)

Es entonces que el espacio donde se llevaba a cabo tal accionar, abarcaba desde la escuela, el hogar, los espacios de trabajo, hasta las más ínfimas manifestaciones donde el hombre lleva a cabo sus actividades, y que podían ser consideradas como espacios de peligro para la salud de la sociedad. A esta profesional “correspondería crear entre el médico y la familia del enfermo un ambiente de absoluta confianza que facilitara la ejecución del tratamiento indicado, así como la obtención de informes precisos y verídicos” (Ortega, 2008, p.52).

Resumiendo:

La definición del campo de competencias del Servicio Social a partir de las décadas del 30 y del 40 revela entonces dos marcas de origen: su construcción estrechamente ligada a la constitución del campo sanitario y una identidad que comienza a ser construida en función de los nuevos modelos etiológicos que afirman la importancia de los factores psicosociales para la salud, ya que parece aquí residir uno de los fundamentos del Servicio Social como profesión preponderantemente orientada al trabajo con individuos y familias (Ortega, 2008, p.15).

A partir de lo relatado hasta el momento, se debe problematizar sobre las nuevas coyunturas y sus impactos. Como Claramunt (2009), se debe cuestionar:

“¿en qué consiste el Trabajo Social y qué características adquieren sus principales componentes en el contexto actual?” (p. 91).

Se “expresa que desde la década del 70 asistimos a lo que denomina la “Era del Derrumbamiento” (Hobsbawm, 1998 citado en Claramunt, 2009, p. 92)

Este período histórico estuvo signado por la incertidumbre y la crisis con grandes reformas en diversos ámbitos como, por ejemplo, el laboral donde se manifiesta el desempleo de larga permanencia y la exclusión; gestándose nuevas formas de pobreza y marginación en la sociedad. Estos factores reproducen “una nueva cuestión social” (Rosanvallon, 1995, citado en Claramunt, 2009, p.92) “o una profunda metamorfosis de la vieja cuestión social” (Castel, 1997 citado en Claramunt, 2009, p. 92).

En cuanto a:

la gestión de las políticas sociales adopta nuevas modalidades que se confrontan con el modelo anterior (universalista, centrado, estatal) y así aparecen criterios orientadores tales como: la focalización, la privatización, la descentralización y la participación de la sociedad civil en la ejecución de programas y servicios sociales (Claramunt, 2009, p.92-93).

A causa de las coyunturas actuales es menester afirmar que “la mayor presencia de la política asistencial es un componente de la necesaria reingeniería del Estado para dar cuenta de las nuevas dinámicas de acumulación y sus «emergentes» sociales” (Vecinday, L. Pérez. L. 2016, p.94).

Según Grassi (2006) esta situación se debe a que: “el Estado Moderno se funda en la idea de igualdad y libertad; y como constitutivo del proceso de acumulación capitalista, se funda en la desigualdad estructural y la dependencia que resulta de la subordinación del trabajo al capital” (p.4).

A partir de esta situación y según Danani (2009) las políticas sociales, tienen que hacer frente a esta situación, tratando de darle un piso mínimo las personas más vulnerables, ya que las mismas, no pudieron cumplir con el mandato de las sociedades contemporáneas de construir su autobiografía; y muchas veces, como afirma Castel (2010) no cuentan con los soportes necesarios, los cuales responden

a recursos capitales, sociales, económicos y culturales, quienes permiten la posibilidad de desplegar estrategias individuales.

Problematizando esta coyuntura desde la mirada de los DSS, y reiterando su definición expuesta por Mejía (2013) “aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (p.33), se considera imprescindible el accionar del trabajador/a social, en cuanto al objetivo de subsanar los problemas -referenciados anteriormente- que constituyen en parte a la salud integral (y no son biológicos).

Sustentando teóricamente esta afirmación, adquieren relevancia, los aportes de Margarita Rozas (1998) quien establece que la comprensión del sobre qué, para qué, el cómo y con quien, de la intervención profesional, solo pueden ser analizados en la medida que estén sustentados teórica y prácticamente, ya que se parte del supuesto que toda intervención profesional, se fundamente en un conjunto de conceptos que guían el accionar, ya que reflexionar dimensiones conceptuales, es lo que distingue el actuar profesional de cualquier acto filantrópico.

Es menester, destacar los aportes de Rodríguez et al. (2017) quienes afirman a partir de los datos compartidos por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, que en la actualidad más de un tercio de los Trabajadores/as Sociales del mundo llevan a cabo su labor profesional en el ámbito sanitario.

Es entonces que:

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte, 1992 en Rodríguez et al., 2017, s.p).

Siguiendo a los autores “es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión)” (Rodríguez et al., 2017, s.p).

Continuando con esta línea de análisis, se afirma que:

El objetivo del trabajo social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades (Arroyo et al., 2012, p.27).

En suma:

el quehacer profesional del trabajador social en salud, está orientado a conocer las problemáticas de salud de la población a través de la investigación, buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario, así como las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y sociedad en general (Rodríguez et al, 2017, s.p.).

A partir de la disertación de Bentura (2006) se puede considerar que el Trabajo Social encuentra en el campo de la salud un espacio profesional consolidado a partir del transcurso en el tiempo y particularmente, en la actualidad parece tener un mayor impulso a raíz de la necesidad del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la convocatoria a participación de los usuarios.

Según Bentura (2006) la proporción de Trabajadores Sociales en el campo de la salud ha ido en aumento:

Hoy vemos un incremento importante en la inserción en el primer nivel de atención; todas las policlínicas y Centros de Salud periféricos tiene hoy más de un Asistente Social y también en el sector privado como las Mutualistas y Centros de Alta Complejidad, como lo son los centros de diálisis, que obligatoriamente deben contar con Asistente Social en su equipo (p.122).

A partir de la noción establecida acerca del Trabajo Social en el ámbito sanitario global, nos enfocaremos en lo que nos compete, el Primer Nivel de Atención.

Destacando parte de las contribuciones de la División Recursos Humanos del SNIS (2014) y contemplando la imagen³, se observa que los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (ESPNA), están compuestos por dos estructuras de Recursos Humanos en Salud (RHS), por un lado el Equipo de Proximidad (EP) quien posee una estructura fija y el Equipo de Primer Nivel (EPN), portador de una estructura flexible. Se afirma que “la complementariedad de tareas entre ambos núcleos configuran en última instancia al ESPNA” (s.p).

Haciendo referencia a la imagen explicitada, la cual expone la organización de la composición de los ESPNA, se observa que el Asistente social/ Lic. En Trabajo Social, está ubicado en el Equipo de Primer Nivel (EPN) el cual, “adquiere así un carácter cambiante que responderá a las necesidades de salud de la población asumiendo los determinantes de salud tomando al sujeto como bio- psico- social e inserto en un proceso de salud enfermedad” (División Recursos Humanos del SNIS, 2014, p.6).

No obstante, es menester aseverar que:

Los asistentes sociales 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, 2014, p.7).

Se manifiesta, que tal afirmación no es menor ya que en la composición de los ESPNA, deben problematizar en torno a los perfiles socio demográficos de las personas usuarias de las policlínicas del PNA, la ubicación y barreras de acceso (de diversa índole ya sea económicas, culturales, etc.) que pueden presentar estos últimos, actuar en cuanto a la disponibilidad de recursos. Deberán de portar determinados perfiles formativos y competencias, etc.

En cuanto a lo precitado, se ratifica la diversificación del profesional idóneo para actuar en conjunto (desde la interdisciplina) y llevar a cabo estas funciones, del cual es sumamente relevante el Trabajo Social.

³ Ver anexo 1

Siguiendo a la División Recursos Humanos del SNIS (2014) el ideal de este equipo debería ser el generar una relación democrática y de respeto para con la población usuaria, ya que esta actitud es considerada un “aspecto esencial en el proceso asistencial, a partir del cual se construya la confianza y se demuestre en la resolución de los problemas la profesionalidad en el acto del cuidado de la salud” (p.8).

Es de suma relevancia alegar que según la División Recursos Humanos del SNIS (2014) “las tareas de todos los integrantes del primer nivel de atención se distribuirán en tres grandes bloques: Planificación, Ejecución y Evaluación” (p.10).

En cuanto a la planificación, la misma consiste en “elaborar un análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades en salud” (División Recursos Humanos del SNIS, 2014, p.10).

En relación a la elaboración del análisis situacional, en este caso de los usuarios de las policlínicas de Primer Nivel de Atención, son de vital importancia las estrategias intervención propias del/la Trabajador/a Social, como la instancia entrevista, a través de la cual se obtendrá la información necesaria para una intervención de calidad, en pro de la salud integral.

Según Mallardi (2012) en el campo profesional se establece a la entrevista como parte de las herramientas de la profesión.

“Definimos a la entrevista como una instancia dialógica entre el profesional y el/los usuario/s, pudiendo ubicar en la misma dos momentos regidos por la lógica de estar insertos en un mismo proceso cuya relación no es lineal sino dialéctica” (Mallardi, 2012, p.3).

Siguiendo al autor:

en primer lugar, ubicamos la reconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social que se objetivan en la vida cotidiana de los sujetos (...) Por otro lado, a partir del momento anterior, implica el ejercicio de una acción socioeducativa vinculada a la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte del entrevistado (Mallardi, 2012, p.3).

En relación a la ejecución, se pueden destacar algunas tareas como la “promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según las Guías de prácticas clínicas del MSP, desde un abordaje individual, familiar y comunitario” (División Recursos Humanos del SNIS, 2014, p.10).

A su vez, no se pueden olvidar tareas como la:

Participación en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo, vinculadas tanto a la ejecución de los Planes de Salud como las requeridas para el mantenimiento de un nivel de ejercicio profesional compatible con una atención de calidad en el marco del desarrollo técnico científico (División Recursos Humanos del SNIS, 2014, p.10).

Las tareas de evaluación responden a “aplicar métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a sus usuarios” (División Recursos Humanos del SNIS, 2014, p.11).

Es entonces que, en cuanto al rol del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención, siguiendo los aportes de Ulibarrie (s.f.), se afirma que este profesional en cuestión, debe proporcionar información al equipo a partir de la problematización de variables socioeconómicas y culturales que impactan en las causas y desarrollo de las enfermedades, controlando aquello que aplaza el bienestar y la salud del usuario.

Consideraciones finales

Con intenciones de dar cierre al presente trabajo monográfico, se procederá destacar ciertos puntos relevantes desarrollados a lo largo del documento.

En primera instancia, problematizar la definición de salud pensándola desde una óptica integral como el bienestar en todos los ámbitos, los cuales son atravesados por diversos factores reproducidos en la cotidianidad de las personas, permitiéndonos entender los Determinantes Sociales de la Salud como condicionantes para la obtención de la misma.

Como se expuso en el documento, el concepto Determinantes Sociales de la Salud, ha tomado relevancia en el presente siglo debido a la gran cantidad de inequidades persistentes, lo cual derivó en la creación de la CDSS fundada con el propósito de ofrecer posibles medidas de intervención para mitigar dichas inequidades y fomentar la equidad sanitaria.

No obstante, los DSS encuentran sus raíces hacia fines del siglo XVIII - principios del XIX, vinculados a las coyunturas de esa época, debido al nuevo orden económico industrial quien propició el empeoramiento de las condiciones de vida y por ende de la salud.

Corriendo el siglo XX, se sostuvieron estos aportes los cuales asociaban la salud-enfermedad con las condiciones estructurales de la sociedad, pero a su vez, se adicionó que como estas condiciones afectaban de forma crucial la salud de la población, el Estado debía intervenir para asegurarla haciendo énfasis en clases más vulnerables.

A partir de esta situación se llevaron a cabo discusiones de mayor trascendencia las cuales se agruparon en las conferencias de Alma ata, Ottawa, Adelaida, Sundsuall, Yakarta, Conferencia de México y Bangkok, dirigidas por la OMS, reproduciéndose una visibilización internacional de la temática, problematizándose, analizando, promoviendo medidas y contenidos para atenuar, mejorar y establecer entornos saludables.

En búsqueda de un análisis lo más acabado posible, en el desarrollo del trabajo monográfico se problematizo y confrontó esta postura de la OMS con el enfoque de pensamiento de la determinación social de la salud- corriente

latinoamericana (corrientes críticas al neoliberalismo y a las lógicas de la epidemiología clásica).

Ahora bien, en búsqueda de alcanzar los objetivos propuestos, fue imperante en primer lugar el problematizar sobre nexo entre los DSS y el Primer Nivel de Atención.

Para esto se contextualizó sobre el sector de salud uruguayo, el cual, con el cambio de gobierno –asunción del Frente Amplio- llevó a cabo una reforma sanitaria, y con ella la instauración de la ley 18.211: “Creación del Sistema Nacional de Salud”. Dicha reforma estuvo destinada a fortalecer el rol del Estado en pro de la garantización del acceso universal al sistema de salud.

Reafirmamos entonces que el SNIS, es promotor de un enfoque integral el cual tiene en cuenta los determinantes de la calidad de vida de las personas, guiado por principios como la universalidad, equidad, eficiencia tanto social como económica, la interdisciplinariedad y la sustentabilidad.

No debemos olvidar que está organizado en redes por niveles de atención los cuales velan por las necesidades de los usuarios, llevando adelante la estrategia de Atención Primaria de Salud como una estrategia política por parte de los Estados y la sociedad civil para la transformación de los sistemas de salud en búsqueda de la salud universal; y que a su vez prioriza el Primer Nivel de Atención.

Por otra parte, es menester destacar que el recorrido histórico sobre la profesión, nos aportó que fue a partir de los procesos de medicalización de la vida social que se empezaron a reproducir una serie de intervenciones por parte de la salud en las relaciones sociales. Estableciendo las estrategias de promoción, prevención y justificando la intervención médica a raíz de la posibilidad de existencia de una enfermedad, garante de la salud y la extensión de la vida.

En dicho recorrido, pudimos visualizar que se tomaron las instituciones educativas y de la salud como vías de disciplinamiento de la población y por lo tanto fueron ámbitos donde surgieron profesiones como el Servicio Social quien oficiaba de nexo entre estas instituciones y las familias.

Lo cierto es que actualmente y como se estableció a partir de los aportes de los y las autores/as estudiados/as, las coyunturas han ido transformándose,

adquiriendo características como la incertidumbre, nuevas formas de pobreza y lo que esta conlleva, por ejemplo, la creciente presencia de la política asistencial.

Entendemos a partir de esta situación y problematizando los DSS, que es de suma relevancia el accionar del profesional en Trabajo Social en función al objetivo de subsanar los factores que componen a estos determinantes, ya que obstaculizan a la salud de forma integral y se reproducen en el campo problemático (espacio del accionar de dicho profesional).

Por tanto, afirmamos que el campo de la salud ha sido y es un ámbito de suma importancia para el quehacer del Trabajo Social, encontrándose un espacio profesional afianzado, gracias al fortalecimiento y mayor importancia (a partir de la puesta en marcha del SNIS) del Primer Nivel de Atención; teniendo como una de sus principales funciones el investigar e intervenir en torno a los factores psicosociales que inciden condicionando la salud.

Otro punto relevante que forma parte de las competencias del Trabajador Social, es el conocimiento de la realidad de cada usuario, por lo tanto, el profesional en cuestión debe analizar (con sus herramientas y bagaje teórico) la situación de cada paciente e identificar las relaciones de familia- redes vinculares.

Se afirma entonces que el quehacer de este profesional en el ámbito sanitario, se desarrolla en torno a la investigación para visualizar las problemáticas de salud de la población, la ejecución de políticas sociales y también en tareas de planificación y evaluación necesarias en el Primer Nivel de Atención.

Es menester hacer énfasis en que esta labor debe de hacerse trabajando en conjunto con un equipo interdisciplinario, donde el profesional propondrá líneas de acción con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios asumiendo los DSS y posicionando al usuario como un sujeto bio- psico- social, inserto en un proceso de salud - enfermedad.

Para llevar a cabo estas tareas se visualizó que una de las mayores estrategias de intervención propias del/la Trabajador/a Social, responde a la entrevista, a través de la cual se obtendrá la información necesaria para una intervención de calidad.

En síntesis, reafirmamos que, en cuanto al rol del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención, el profesional debe proporcionar información al equipo (interdisciplinario) a partir de la problematización de variables sociales, económicas, culturales, entre otras, las cuales visualizará a raíz del trabajo con el usuario, y las demandas (tanto explícitas como implícitas) las cuales tendrán impacto directamente debido a la reproducción de los DSS, quienes obstaculizan la obtención de la salud integral.

Por último, otro punto a destacar pertinente como consideraciones finales radica en reflexionar a partir del alcance esperado para el presente trabajo y por lo tanto, sus limitaciones.

Establecer que como el mismo responde a una monografía final de grado, no pretendió generar conocimiento nuevo, pero si visibilizar la temática expuesta ya que durante los dos años de práctica pre profesional de quien les escribe, fue un tema recurrente y de suma relevancia, el cual se problematizó a partir de cada situación familiar abordada en la policlínica de Primer Nivel de Atención en la cual se llevaron a cabo dichas prácticas.

Es menester también, exponer algunas líneas de análisis las cuales han quedado abiertas, surgidas durante del desarrollo de la temática.

Se ha pensado si con el cambio de gobierno no van a intensificarse los factores que componen a los DSS ya que la creación del SNIS y su lógica de acción (como se expuso en el desarrollo del documento) fue bajo el gobierno emergente de izquierda.

A su vez, se debe problematizar si a raíz la situación sanitaria pandémica podrían verse también agravados estos factores constitutivos de los DSS, ya que por ejemplo las policlínicas de Primer Nivel de Atención que no solo se vieron afectadas en sus servicios, sino también, en relación a los/as estudiantes de Trabajo Social quienes no han podido desarrollar sus prácticas pre- profesionales con normalidad, lo cual reduce el margen de calidad de atención integral, ya que muchas de las policlínicas de este nivel de atención no cuentan con Trabajadores/as Sociales en su equipo interdisciplinario, a pesar de que es la institución que pretende ser la más cercana y de confianza para el usuario dentro del territorio, considerándose imprescindible los servicios de dicho profesional.

En última instancia, resaltar que sería enriquecedor el poder indagar sobre el grado de autonomía del/la Trabajador/a Social, el cual dispone para realizar su intervención en las policlínicas mencionadas, en pro de atenuar las secuelas de los DSS.

BIBLIOGRAFÍA:

- Arroyo, E., García, R., Pineda, G., Velázquez, K., Peña, A., Hidalgo, A. y Vergara, E. (2012). *Funciones laborales del Trabajador Social*. México: Universidad Veracruzana, Facultad de Trabajo Social.
- Bentura, C. (2006). *Trabajo social en el campo de la salud. Un desafío académico*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social.
- Breilh J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013, 31(supl 1): S13-S27.
- CASTEL, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Revista FRONTERAS*, (segunda época N°5).92-101.
- DANANI, C. (2009) "La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización". En: Chiara, M; Di Virgilio M (orgs.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Prometeo Libros. Buenos Aires. (Págs. 25 a 51).
- Dibarboure, H. (2008). La Atención Primaria de la Salud (APS) en Uruguay. *Cuadernos del CES, cuaderno 3*, 107-117. Recuperado el 15 de noviembre de 2021 de <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art8.pdf>
- División Recursos Humanos del SNIS. (2014). *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. (p.1-16). Montevideo: MSP.
- Duek, C. e Inda, G. (2014). La teoría de la estratificación social de Parsons: una arquitectura del consenso y de la estabilización del conflicto. *Revista Theomai- Estudios críticos sobre Sociedad y Desarrollo*, (29), 155-175.
- Garay, M., Tuzzo, R. y Díaz, A. (s.f). *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención(2do tomo)*. Comisión intersectorial de educación permanente.

- GRASSI, E. (2006) Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I). Espacio Editorial, Buenos Aires. Capítulo I “Estado, cuestión social y políticas sociales”. (Págs. 13-30)
- Ley N° 18211, *Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007.
- Mallardi, M. (2012) La entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un proyecto polilógico. En: Oliva, Andrea y Mallardi (coords.) 2012 Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del trabajo social. (UNCPBA, Bs. As.)
- Mejía, L. (2013) Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(supl 1): S28-S36.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f). *El sistema de Salud en el Uruguay*. (p.1-10). Montevideo: Dirección General de Coordinación (DIGECOOR). Recuperado en:
[http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El sistema de salud en el Uruguay.pdf](http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Urug_uay.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud. (2019) Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud – Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011) “Informe final: Subsanan las desigualdades sociales en una generación” Resumen analítico.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición. Washington, D.C.
- ORTEGA, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Trilce. Montevideo. Capítulo I: Los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX.
- Paredes Gaitán, Y (2014) *Propuesta de abordaje sobre determinantes sociales de la salud y cambio climático en comunidades dependientes de los desechos sólidos en Managua, Nicaragua* (Tesis Doctorado). Facultad de

Medicina, Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona-España.

- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (s/f) Sistema Nacional Integrado de Salud. recuperado en: <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>
- Ríos, G. (consultor). (2014) Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. Río de Janeiro, Brasil.
- Rodríguez, M. (2011) *Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Montevideo, Uruguay.
- ROZAS. M. (1998) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires
- Rozas, M. (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *O Social em Questão - Ano XIII* (nº 24), 43-54.
- Ruiz, J., Higueta, L., Cardona, J. (2020). *Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia.
- Setaro Montes de Oca, M. (2014). Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: Estructura y funcionamiento del sistema nacional integrado de salud de Uruguay. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 23(1), 143-165. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1688-499X2014000100006&lng=es&tlng=es
- Sollazzo, A., Berterretche, R. (2011) El Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 16 (6), 2829-2840. Recuperado en <https://www.scielo.br/j/csc/a/STmRwY8VckSFhLBks9CVy3S/?format=pdf&lang=es>
- Tejada de Rivero, D., Sánchez, T., Ormachea, J., y Carbone-Campoverde, F. (2018). Cuarenta años después de Alma Ata: la actualidad de sus conceptos

fundamentales. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 35 (4), 675-677. doi: 10.17843/rpmesp.2018.354.3902.

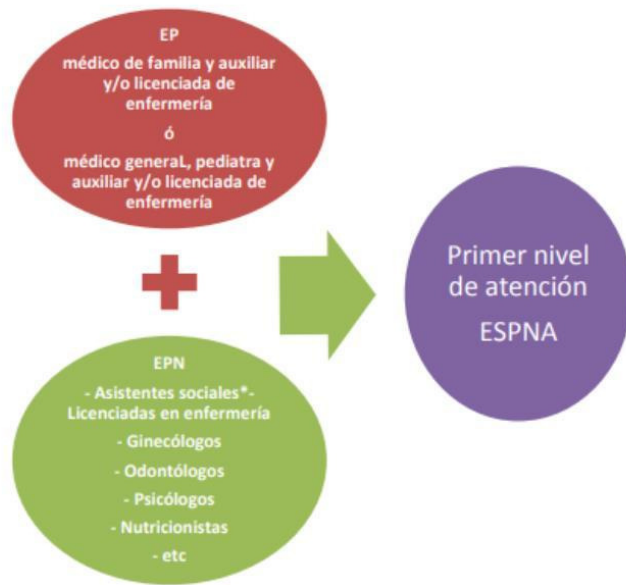
- Urbina Fuentes, M. (coordinador). (2016) *Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud*. Documento de Postura. Mexico: Intersistemas.
- Van der Stuyft, P., y De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (4). Recuperado en 17 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&tlng=es.
- VECINDAY, L; PÉREZ, L. (2016) “De la reconceptualización a nuestros días: contradicciones de las políticas asistenciales”. En *Revista Fronteras* N° 9. DTS-FCS. Montevideo.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: *ArchMed Interna* 2011; XXXIII (1). Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana. (pp. 11-14) recuperado en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

PÁGINAS WEBS:

- Administración de los Servicios del Estado. (22 de agosto de 2020). *ASSE y la IM firman convenio para el fortalecimiento y articulación del primer nivel de atención*. ASSE. <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-y-la-IM-firman-convenio-para-el-fortalecimiento-y-articulacion-del-primer-nivel-de-atencion-5844>
- Espinosa García, J. (s/f). “Educación para la salud”. España: <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>
- Ramírez, O. (25 de octubre de 2018). “*Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Alma Ata?*”. <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/0>

- Rodríguez, L., Loor, L. y Anchundia, V. (2017). *Las funciones del Trabajador Social en el campo de la Salud*. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Ulibarrie, M. (s.f). *Propuesta de intervención de trabajo social a los equipos del primer nivel de atención*. Monografías.com. https://www.monografias.com/trabajos109/propuesta-intervencion-trabajo-social-equipos-primer-nivel-atencion/propuesta-intervencion-trabajo-social-equipos-primer-nivel-atencion.shtml#google_vignette

ANEXO 1:



EXTRAÍDO DE:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/DT%2014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20%202014.pdf>