



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias
Sociales

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

**Reflexiones sobre el discurso de los trabajadores
sociales acerca de las redes comunitarias en el Primer
Nivel de Atención de la Salud**

Solmayra Caballero
Tutora: Elizabeth Ortega

2022

Agradecimientos

A mi familia por acompañarme y alentarme, especialmente a mis padres por confiar, por los valores y principios que me han inculcado. También a mi madrina que me impulsó a hacer lo que tanto anhelaba.

A María Noel, Rossana, Belén y Javier por abrirme las puertas de su hogar y el cariño brindado.

A mis amigos/as de toda la vida que me acompañan desde siempre.

A mis amigos/as de la facultad y futuros colegas por cada consejo y palabra de aliento.

A Elizabeth por su orientación, el tiempo dedicado y los conocimientos brindados.

A todas las personas que directa o indirectamente formaron parte de este proceso.

¡Muchas gracias!

Índice

1. Introducción.....	2
2. Presentación del tema de estudio.....	4
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. Justificación.....	8
4. Metodología.....	8
5. Capítulo I. Aspectos socio históricos del sistema de salud uruguayo.....	11
5.1. Situación de la salud antes de la reforma.....	12
5.2. Reforma del sector de la salud.....	18
6. Capítulo II. Redes sociales.....	22
7. Capítulo III. Trabajo Social y Redes Comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud.....	27
7.1. Conceptualización del Trabajo Social como disciplina y sus componentes.....	28
7.2. Trabajo Social y estrategia en Red.....	32
8. Reflexiones finales.....	37
9. Bibliografía.....	40
10. Fuentes.....	43

Introducción

El presente documento constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República (UdelaR).

El tema propuesto se enfoca en el discurso de los trabajadores sociales¹ sobre el trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención (PNA), en el período comprendido entre 1999 – 2013, intentando visualizar si existieron transformaciones tras el proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay, iniciado en 2005.

A partir de la comprensión de las configuraciones de ese discurso como un producto de procesos históricos es que el presente estudio procura analizar cómo el Trabajo Social se ha posicionado en materia de redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.

El trabajo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, se realiza la presentación del tema elegido. En este apartado, se exponen las principales características sobre el proceso de conformación de redes comunitarias en el sistema de salud uruguayo, el papel que cumplen y cómo ello trasciende durante la reforma de salud que se inició con la asunción del primer gobierno de izquierda en marzo de 2005 y su implementación en diciembre de 2007, con la Ley N° 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)². Se presentan los objetivos que guían esta monografía, siendo el objetivo general: identificar, a través de los discursos de los trabajadores sociales, qué papel le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención. Los objetivos específicos aluden a: identificar y analizar los principales procesos que los trabajadores sociales entienden que intervienen en la

¹ Este término es utilizado para las variables de género de la profesión, se contempla el uso en cuanto a la identidad de mujeres/hombres - trabajadoras/trabajadores sociales.

² CENTRO DE INFORMACIÓN OFICIAL. Ley N° 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Consultado el 14 de febrero de 2022.

<https://www.impo.com.uy/>

construcción del trabajo en redes e identificar y analizar las principales fortalezas y debilidades que entienden los trabajadores sociales en cuanto a la participación comunitaria en salud.

Posteriormente, se presenta la fundamentación acerca de la elección del tema, explicándose los motivos por los cuales se ha elegido esta temática de estudio. Ello radica en un interés personal a partir del proceso de mi práctica pre profesional en centros de Primer Nivel de Atención de Salud, donde pude observar que en el trabajo en redes el Trabajo Social tenía preponderancia, por lo que entendí interesante estudiar cómo se analiza el trabajo en redes comunitarias desde la disciplina.

Seguido a ello, se presentan los aspectos metodológicos que guiaron el estudio. Se caracteriza por ser de corte cualitativo, priorizando la técnica de análisis del discurso.

Más adelante, se desarrollarán tres capítulos. El primero de ellos, profundiza en aspectos socio históricos del sistema de salud uruguayo, a partir del siglo XX. Se realiza una breve descripción del sistema de salud antes y durante la reforma. En el segundo capítulo, denominado “redes sociales”, se expone la conceptualización del término red asociado a los procesos participativos de la comunidad y a la intervención en el sistema de salud. Finalmente, en el tercer capítulo, se analizarán los discursos de los trabajadores sociales sobre Trabajo Social y redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud.

Por último, se detallan las reflexiones finales y algunas de las interrogantes que surgieron a partir del estudio de la presente monografía.

Presentación del tema

El tema de esta monografía apunta a analizar el discurso de los trabajadores sociales sobre el trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud, en el período comprendido entre 1999 y 2013, intentando visualizar si existieron transformaciones tras el proceso de reforma del sistema de salud, iniciado a partir de 2005.

Para ello, es preciso realizar una breve caracterización de la variación del sistema de salud en Uruguay en los últimos años, a modo de contextualizar las transformaciones en materia de la participación social considerando como suceso relevante la reforma de salud instaurada en 2007. Esta reforma estructural del sector sanitario en Uruguay orientó un nuevo modelo de atención, basado en los principios que desarrolla la Organización de la Salud (OMS): solidaridad, sustentabilidad y equidad, como se profundizará en el capítulo I.

El contexto socio histórico ha condicionado la organización y los fundamentos del sistema de salud en tres aspectos fundamentales: el financiamiento, la rectoría y la prestación de servicios.

En los últimos cincuenta años, se han registrado cambios políticos, económicos y sociales, producto de transformaciones en cuanto a lo laboral, familiar, entre otros; esto implica el surgimiento de nuevos riesgos sociales y la reestructuración del sistema de protección uruguayo. (Mendina, A. 2017).

Históricamente, el sistema de salud se conformó por subsistemas fragmentados e inequitativos, ante problemáticas de accesibilidad y financiamiento.

En el año 2005, se inicia la reforma del sistema de salud (RSS), dando surgimiento al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2007, con la finalidad de direccionar la prestación de servicios de salud hacia una orientación equitativa e integral, originando un proceso de transformaciones encaminadas a respuestas en cuanto a redes integrales de protección social y salud.

Se instauraron como objetivos principales, promover el acceso de toda la población a los servicios de salud y prevención de enfermedades, la elaboración de programas que satisfagan necesidades prioritarias y la planificación de actividades con la participación de la comunidad. En cuanto a estos objetivos propuestos, el primer nivel de atención en salud mantuvo un papel esencial, dado que este nivel promueve la formación de vínculos con los individuos, familias y comunidades, generando así, una mayor resolución en las demandas y necesidades que la población usuaria exige, promoviendo un cuidado integral. (OPS, 2010).

De este modo, el SNIS representó una modificación estructural en el sistema de salud y en las políticas sociales implementadas con el propósito de alcanzar mayores niveles de salud y universalizar el acceso a la atención.

En lo que refiere al trabajo en red, es un componente clave en cuanto a las estrategias de participación integral desarrolladas por el SNIS. Existen dos aspectos centrales: las redes comunitarias asociadas a la participación social y las redes integradas de servicios de salud en cuanto a sistemas organizacionales establecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2008.

Por su parte, las redes comunitarias promueven una labor local territorial a través de la interacción y la gestión del conocimiento de los participantes. La comunidad es sostenida:

por todos los individuos que la conforman, ya sea a través del lenguaje como de las acciones, actitudes y disposiciones. El principio constructivo de la comunidad es la adaptación recíproca de las personas, el juego permanente de preguntas y respuestas, el entendimiento mutuo, no solamente a nivel del lenguaje hablado, sino también de los comportamientos, las posturas, las acciones. (Martínez, V. 2006, p.39)

Es así que a través de las distintas formas de relacionamiento de la comunidad y las acciones generadas mediante el intercambio de apoyo social se constituye lo que se determina como redes comunitarias. En la salud y a partir del SNIS se generaron prácticas en cuanto a la plena participación de la comunidad en las modalidades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia.

Otro aspecto central es el planteado por la OPS en 2008, donde a partir de las consultas efectuadas a distintos países - siendo Uruguay uno de ellos -, con el propósito de abordar la fragmentación en los servicios de salud y plantear estrategias para resolverla, se establecen las redes integradas de servicios de salud. De acuerdo a la OPS (2010), pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. (p. 9).

Conforme a lo descrito, este nuevo sistema promueve la organización de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS), con la finalidad de cooperar en la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos y eficientes, contribuyendo en la cobertura y acceso universal a través de la organización y gestión óptima. (OPS, 2010)

En definitiva, con la creación del SNIS se promovieron nuevas formas de concebir la participación social y el trabajo en redes, así como también se promovieron nuevas prácticas de accionar en cuanto a la profesión del Trabajo Social.

En función a la temática seleccionada, el cometido de esta monografía final es analizar las reflexiones del discurso de los trabajadores sociales en cuanto al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud.

En base a la temática seleccionada se diseñaron los objetivos que guiaron el estudio realizado:

El **objetivo general** que orientó el estudio fue:

- Identificar, a través del análisis de los discursos de los trabajadores sociales, qué papel le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.

Los **objetivos específicos** que se formularon refieren a:

- Identificar y analizar los principales procesos que los trabajadores sociales entienden que intervienen en la construcción de la intervención en redes.
- Identificar y analizar las principales fortalezas y debilidades que entienden los trabajadores sociales en cuanto a la participación comunitaria en salud.

Los fundamentos de la presente monografía surgen a través de un interés por estudiar el trabajo en redes comunitarias en servicios vinculados al área de la salud y su variación a partir de la reforma del sistema de salud que se inició en marzo de 2005.

La temática es seleccionada en base a un interés tanto personal como académico, debido al desarrollo de la práctica pre profesional en el Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional” realizando mi intervención como estudiante en Trabajo Social en dos policlínicas de Primer Nivel de Atención de Salud: Policlínica La Paloma en Villa del Cerro y Policlínica Parque Bellán en Paso Molino.

A raíz de esta experiencia se pudo conocer la implicancia del Trabajo Social en la conformación de las redes comunitarias, por lo que comprendí relevante estudiar cómo se analiza el trabajo en redes comunitarias a partir de la disciplina.

Por lo expresado, en la presente monografía es relevante reflexionar sobre los discursos de los trabajadores sociales respecto a la expansión de la participación de redes en salud en el contexto de reforma.

Para llevar a cabo el estudio, se tuvo en cuenta una metodología de corte cualitativo, existiendo precisión en cuanto a recolección de datos y a los diversos discursos representados.

Los acercamientos de tipo cualitativo reivindican el abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas. (Sandoval, 2002, p.15)

De este modo, el abordaje cualitativo implica un punto de referencia que indica qué se va a explorar (objetivos), cómo debe procederse (la estrategia) y qué técnicas se van a utilizar (recolección).

Con este fin, se indagó bibliografía pertinente sobre el tema y se tomó como fuente los artículos publicados en la Revista Regional de Trabajo Social sobre el tema. Se trata de una revista con una trayectoria importante en Uruguay, editada con el apoyo de ADASU (Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay). La revista constituye un espacio de manifestación de intercambio teórico-práctico de trabajadores sociales, técnicos, estudiantes y profesionales que desarrollan proyectos sociales en Uruguay y la región. Durante el período estudiado fue la revista con mayor llegada a los lectores en el campo del Trabajo Social.

El período seleccionado para el análisis es el comprendido entre 1999 y 2013. En dicho transcurso de tiempo, fueron publicados 397 artículos, de los cuales treinta tratan de salud en general. En cuanto a la realización de distinción entre el antes y el después de la reforma de salud iniciada en 2005, se visualiza un aumento de artículos publicados entre 2006 y 2013 (veinte), mientras que, en 1999 y 2005 fueron publicados diez.

En relación a las fuentes documentales seleccionadas se realizó un estudio de los índices, por lo que se obtuvieron siete artículos publicados referidos al trabajo de redes comunitarias en salud, escritos por trabajadores sociales de Uruguay y la región, se visualiza un incremento de artículos escritos a partir de 2005 en cuanto a políticas de protección social y participación comunitaria.

En lo que refiere a los artículos escritos por trabajadores sociales de otros países como lo es el caso de Argentina y Chile, se describen las redes sociales como estrategia de gestión comunitaria, fundamentalmente se detallan experiencias de trabajo comunitario y la participación social en salud. En tanto los artículos escritos por trabajadores sociales

uruguayos, se detalla la protección social y la atención en salud enmarcada en los procesos de cambio en el Uruguay, es así que, en el intervalo de años seleccionado se buscó indagar si se produjeron cambios a partir de la reforma del sistema de salud iniciada en marzo del 2005.

De este modo, los autores de los artículos seleccionados para el análisis de la presente monografía final de grado son: Acosta, B. (2000); Fernández, B., Godoy., S., Sapriza, C., Escudero, M., y Acheritogaray, V. (2005); Giraldez, S. (2012); Láuz, I. (2005); Puig, C., Torrens, R. (2013); Varela, G. (2005); Vivero, L. (2007).

En líneas generales, con la revisión de los artículos y su análisis teórico, se procura entender la percepción que tienen los trabajadores sociales sobre las formas de abordaje del trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud.

Cabe mencionar que, a raíz de la emergencia sanitaria instaurada en Uruguay el 13 de marzo del 2020 se generaron transformaciones sociales en la vida cotidiana. Tras el contexto sanitario que se encontraba atravesando el país, el proceso de selección de la metodología para la realización de la presente monografía final de grado se halló limitada, dado que se consideró la realización de una investigación de corte cualitativo a través de entrevistas a profesionales que se desempeñaran en el sistema de salud del Primer Nivel de Atención. Ante esta iniciativa se visualizaron dificultades en cuanto al acceso a las profesionales a entrevistar. A partir de la consideración de esas dificultades se optó por la selección de los artículos publicados por profesionales del Trabajo Social en la Revista Regional de Trabajo Social, teniendo en cuenta también, el alcance de dicha publicación.

Capítulo I: aspectos socio históricos del sistema de salud uruguayo

En el presente capítulo se expondrán brevemente aspectos socio históricos vinculados al sistema de salud uruguayo y su transformaciones tras la reforma del sistema de salud que se instrumentó en 2005, y que tuvo como resultado la creación del SNIS, destacando el papel otorgado al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.

Es menester señalar que el sistema de salud forma parte del sistema de protección social, dado que la salud es constituida como pilar fundamental dentro de las políticas sociales. Las políticas en salud tienden a contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas. Por ello, un sistema de salud es definido como una ordenación que “[...] comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito principal es mejorar la salud” (OMS, 2005: 34).

Para comprender el actual sistema de salud uruguayo es necesario presentar algunos datos históricos, respecto a cuándo y cómo comenzaron a estructurarse las primeras acciones asistenciales en materia de salud, vinculado al desarrollo del Trabajo Social y participación comunitaria.

Situación del sistema de salud antes de la reforma

Ksiazienicki y Fuentes (2013), establecen que, en América Latina, países como Uruguay y Argentina comienzan a implementar acciones en materia de protección social y ampliación de servicios desde inicios del siglo XX: primeros seguros de desempleo, acceso a la educación primaria y extensión de cobertura en salud.

En Uruguay durante los primeros treinta años del siglo XX, se registra el segundo período de modernización, en él se propiciaron profundas transformaciones a partir de las políticas implementadas por el gobierno Batllista.

De acuerdo a Ortega (2008), el batllismo propició seis grandes reformas: económica, social, política, rural, fiscal y moral. Entre ellas, las reformas económica, social y política adquieren centralidad.

En cuanto a la transformación económica desarrollada en el Primer Batllismo, es a través de la intervención del Estado en la economía que se intenta nacionalizar los servicios públicos controlados por el capital inglés para disminuir la dependencia con el mercado exterior, de este modo el Estado comienza a intervenir generando políticas. En el marco de lo social empleó su rol de mediador de conflictos a raíz de la emergencia producida por la cuestión social, se promovieron proyectos de legislación laboral algunos de ellos: jornada de ocho horas y pensión por invalidez (Ortega, 2008).

En lo que refiere a la reforma política con el batllismo se estableció una mayor politización de la sociedad, vinculado con la ampliación de derechos políticos y electorales de las mujeres y de los extranjeros. También se estableció la propuesta de un poder ejecutivo pluripersonal y se flexibiliza el procedimiento de reforma constitucional.

Por su parte, Moscatelli, M. (1999) plantea que durante el período batllista

El Estado fue concebido como un instrumento reparador de las injusticias sociales. El batllismo se autodeterminará “obrerista” y promoverá la participación de los obreros en la escena pública. Intentará conciliar los intereses de las clases en conflicto: el capital y el trabajo a través del Estado, que oficiaba de árbitro en los mismos, tratando de favorecer a los más desprotegidos y débiles. (p.335)

De acuerdo a lo establecido por Moscatelli (1999), se afirma que el batllismo se orientó a un tipo de gobierno progresista, en tanto a sus avances se destaca la intervención del Estado en políticas sociales con el propósito de abordar la fragmentación social.

En materia de salud se desplegaron estrategias de atención sanitaria. El primer hecho relevante es en 1910, en este año se creó la Asistencia Pública Nacional, la cual marcó un hito fundamental en el desarrollo de la red estatal de servicios de salud, determinando el fin del período de asistencia por caridad desarrollado en el siglo XIX. A través de esta nueva ley, se concedió a todos los ciudadanos sin recursos económicos el derecho a que el Estado les otorgue y proporcione de forma gratuita asistencia médica. (Acosta, 1998).

Es menester mencionar que, si bien en este período se comienzan a desarrollar políticas en cuanto a protección social y ampliación de servicios, no existía la concepción de trabajo en redes comunitarias.

En 1934, durante el gobierno dictatorial de Terra se aprueba la Ley Orgánica de la Salud Pública y de creación del Ministerio de Salud Pública (MSP). El MSP es creado como principal organismo rector encargado de la salud unificando el Consejo Nacional de Higiene con funciones esencialmente normativas y a la Asistencia Pública Nacional con funciones asistenciales. (MSP, 2009)

La Ley N° 9.202 de creación del Ministerio o "Ley Orgánica de Salud Pública", establece que las:

competencias de policía sanitaria, sistema de organización, régimen de sus funcionarios, gratuidad de los servicios para casos de pobreza notoria, clausura de establecimientos por condiciones de insalubridad; habilitación de títulos para el ejercicio de profesiones vinculadas a la medicina, odontología, farmacéutico; créase la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social. (MSP, 1934)

Tal como se establece, el MSP es creado como organismo encargado de la función rectora general, en cuanto a la legitimación, control y prevención en salud.

En materia de Higiene, el Artículo 2° de la Ley 9202 estableció al MSP como “responsable de la adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarios para ese fin primordial”. (MSP, 1953, pág. 5).

En este sentido, se trata de una ley que regula la asistencia e higiene, en cuanto al establecimiento de sistemas de organización, policía sanitaria, régimen de sus funcionarios, servicios orientados a paliar situaciones puntuales de vulnerabilidad, clausura de establecimientos por condiciones de insalubridad; habilitación de títulos para el ejercicio de profesiones vinculadas y también se crea la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social. (Rey, M. 2016)

Además, en materia de salud se promulgó el Artículo 44 en la Constitución de 1934, que establece:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (IMPO, 1967)³

Interesa destacar que el acceso a la salud es planteado como un deber y no como un derecho.

La Constitución establece al Estado como responsable de las cuestiones vinculadas con la salud e higiene, como forma de paliar con las necesidades generadas en cuanto a la asistencia

³ CENTRO DE INFORMACIÓN OFICIAL. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Consultado el 2 de marzo de 2022.
<https://www.impo.com.uy>

en salud de la sociedad. En 1937 se elaboró la regulación de las sociedades mutuales, con la finalidad de reestructurar la organización, gestión y fortalecer el accionar.

En 1943 bajo el gobierno neobatllista se inicia la implementación de diversos proyectos implicando al sector de la salud conforme a dar respuestas a las demandas generadas por la nueva organización social de la población urbana. (Ortega, 2003)

Uno de esos proyectos que se establece en el período neobatllista es la implementación de los Consejos de Salarios que permitirán la suba del salario real, la expansión de la cobertura jubilatoria y el subsidio de primera necesidad. Estas medidas significaron un avance en cuanto a políticas sociales destinadas a trabajadores y sus familias, se otorgó asistencia hospitalaria en el parto, salario por maternidad y prestaciones a los hijos de los trabajadores. Ya desde la década de los 40 se debe resaltar el accionar de actores sindicales organizados, pilar esencial en la inclusión de políticas para los trabajadores. (Ortega, 2008)

Cabe señalar, que la asistencia en salud en las década del 40 y 50 se caracterizó por seguir un modelo de corte biomédico - hospitalario céntrico. (Rey, M. 2016) Este modelo es definido como atravesado y centrado en el proceso de la enfermedad, es decir, se realiza principal énfasis en aspectos biológicos del proceso de salud sin considerar prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que como se desarrollará más adelante tales prácticas son implementadas a través del SNIS con el propósito de lograr una mayor participación de la comunidad en el ámbito de la salud y así generar integración social.

La idea de prevención comienza a prevalecer en este período a raíz de los cambios de institucionalidad y organización de atención en la salud, las actividades preventivas son definidas como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus

consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998 citado en Vignolo, J. et al. 2011)⁴. Algunas de las acciones radicaron en la creación de centros asistenciales en salud en Montevideo y en el interior, también se implementó la vacunación masiva. (Ortega, 2008)

De acuerdo a lo descrito, Uruguay incrementa la protección hacia su población a través de sistemas de seguridad social, de servicios de salud y educación.

En 1987 se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), como organismo desconcentrado del MSP, con el cometido de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en modalidad preventiva y el tratamiento asistencial. (ASSE, 2007). Este hecho repercute de forma significativa en cuanto a la atención a la salud al igual que en 1992 se destaca la reorganización del Fondo Nacional de Recursos mediante la Ley N° 16.343.

En lo que refiere al siglo XXI, a raíz de la profunda crisis socioeconómica desarrollada en 2002 se visualizan problemas en cuanto a accesibilidad y financiamiento de los servicios públicos, esto conlleva a una mayor demanda por parte de los grupos sociales involucrados. Este contexto de disconformidades, resultó ser un escenario favorable para llevar a cabo una reforma, donde por primera vez asume un partido de izquierda al gobierno, con fuerte orientación hacia la concreción de cambios estructurales en la sociedad. (MSP, 2009)

A través de lo desarrollado, se visualiza que las leyes implementadas hasta este período no consideran y/o utilizan el término de redes o participación social en salud. Si bien se crearon nuevas herramientas de intervención en la salud, ésta mantuvo una fuerte segmentación y fragmentación en cuanto al acceso y una mirada centrada en la enfermedad.

⁴ PRENSA MÉDICA LATINOAMERICANA. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Consultado el 11 de marzo del 2020.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

La reforma del sector de la salud

En Uruguay en 2005 asume un nuevo gobierno de coalición de izquierda, Frente Amplio, que pone en marcha un proceso de reformas estructurales enfatizando en la necesidad de promover una reforma en cuanto a los sistemas de salud con la finalidad de lograr una mayor inclusión social y equidad.

Para analizar el proceso de la reforma desarrollada a partir de 2005, que se define como basada en la Estrategia de la Atención Primaria de Salud, cabe señalar a qué refiere ese término. La declaración de Alma Ata⁵ identifica la APS 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.1)

Se considera relevante destacar que la autora Nervi (s.f.) determina que esta estrategia descrita por Alma Ata identifica los componentes fundamentales de la APS resaltando la importancia de la acción intersectorial, descentralización e integración del equipo de salud con un criterio multidisciplinario y de articulación de otros saberes. Asimismo, asigna a los gobiernos la formulación de estrategias, planes y políticas de acción apelando a la voluntad política de movilizar los recursos que sean necesarios.

⁵ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma - Atá realizada del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud más importante de los setenta. Organizada por la OMS/OPS y UNICEF. Consultado el 2 de marzo del 2022.
<http://whqlibdoc.who.int/publications>

Desde esta perspectiva la salud es catalogada como un proceso dinámico y como un derecho humano fundamental, la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria en Salud (2005)⁶ establece que:

un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.(p.2).

En este aspecto, se concibe a la salud como proceso continuo sosteniendo como valor el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad social.

En Uruguay, y tal como lo expresa la Constitución, la salud sigue siendo considerada más como un deber del individuo que como un derecho. La concepción como derecho, sí es colocada en las leyes de la reforma.

Es así que, la reforma del sector de la salud, consistió en avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud y un Seguro Nacional de Salud (SNS), de cobertura universal, orientados a optimizar los recursos en el marco de coordinación entre los prestadores públicos y privados. Se sustentó en el cambio de tres ejes principales: modelo de financiamiento, modelo de gestión y modelo de atención. En el presente desarrollo es de centralidad analizar el modelo de atención que propone la Ley N° 18.211 del SNIS, este regula el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y constituye las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. (MSP, 2009)

El nuevo modelo de atención va a proponer de acuerdo a lo que expresa Gallo (2015):

⁶ 46° CONSEJO DIRECTIVO. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). (OPS/OMS). Consultado el 07 de Abril del 2022.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>

un modelo de atención que considere integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y que integre el fomento de la promoción de la salud, con trabajo en equipos capacitados para realizar diagnósticos de salud comunitaria, con el reconocimiento y capacitación de los agentes comunitarios y con el primer nivel de atención fortalecido y resolutivo, con visión integradora y que propenda a la formación de redes integradas de servicios de salud. (p. 41)

El modelo de atención propuesto es un modelo educativo, preventivo, asistencial y de mantenimiento con un fuerte componente educativo preventivo.

Es pertinente destacar que en la definición propuesta por el autor se simboliza la atención como cometido principal en cuanto a las políticas de salud, asimismo se prioriza el Primer Nivel de Atención incrementando la cantidad de servicios, policlínicas y centros de salud, dado que este nivel representa “la puerta de entrada del usuario al sistema de salud, bien organizado permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de salud de una población dada, con tecnologías simples”. (Garay, M. Tuzzo, R. Diaz, A. 2006, p. 7-8). Las principales actividades asociadas a este Primer Nivel de Atención son: promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación, saneamiento ambiental y amplia participación de la comunidad organizada.

En particular, el SNIS impulsó el acercamiento institucional/comunitario, dado que en el establecimiento de la ley menciona la relevancia de la participación de los usuarios en el sistema de salud al igual que la participación del equipo médico y técnico. Retomando los aportes de la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria en Salud (2005) se constata el reconocimiento de la comunidad en estos sistemas, el artículo proclama la necesidad de fortalecer la participación a nivel local de los individuos y

comunidades en su conjunto en el sistema sanitario implicando la adopción de decisiones y la ejecución de las intervenciones.

En definitiva, estos nuevos mecanismos participativos son propicios para el abordaje de redes comunitarias en salud. Las acciones dirigidas a partir de la creación del SNIS se orientaron hacia un cambio de modelo de atención donde se estableció un avance para superar el modelo biomédicos establecido. El nuevo modelo propone lograr la eficacia, calidad y equidad. La reforma se dirigió hacia una mejor organización y gestión de los servicios, a diferencia del modelo anterior, el nuevo SNIS se fundó con el propósito de propiciar una cobertura integral para todos los habitantes del país fomentando la participación activa de los usuarios.

En el capítulo siguiente se profundizará en la conceptualización de las redes salud.

Capítulo II: Redes sociales

En este segundo capítulo, se hará mención a la conceptualización del término red asociado a los procesos participativos de la sociedad, esta noción ha variado a lo largo del tiempo constituyéndose en un hito relevante en el campo de la salud.

Para comprender la inserción del trabajo en redes en la agenda de salud, más específicamente en el Primer Nivel de Atención resulta necesario hacer referencia a qué se entiende por trabajo en “red”.

Desde un primer acercamiento se puede considerar que las redes sociales refieren a redes de personas que se conectan a través de un lenguaje de vínculos con alguna finalidad relacionada con la vida en sociedad. (Dabas y Perrone, 1999)

En este sentido, se puede afirmar que el término red es utilizado para designar estructuras dinámicas de vínculos o interacciones. La autora Dabas, E. (1998), como se citó en Dabas, E. (1999), emplea la definición de red como:

[...] sistema abierto autoorganizado, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo [...] y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (p. 24).

Dentro de su definición de red abarca la expresión de sistema abierto, con ello refiere a que admite el ingreso y egreso de las particularidades que lo componen, así como la oportunidad de cambios en las funciones que éste desempeña. Simultáneamente conceptualiza la

multicentralidad y la autoorganización, éstas invocan el rol permanente de la reciprocidad, a saber, se debe aceptar que cuando se convoca a la red se debe esperar ser convocado.

Otra característica determinante de la red es la distinción entre formales e informales. Las redes formales se enmarcan o se encuentran instituidas por las organizaciones de la sociedad civil y diversas instituciones del Estado que intervienen en la sociedad para tratar las necesidades y/o problemáticas sociales. Las redes informales, se componen por relaciones de vecindad, trabajo o subculturas. Diani (2003), establece que las redes informales funcionan como un mecanismo de coordinación entre los actores sociales, donde se vinculan a través del intercambio dinámico, en la distribución de tareas y del reconocimiento de los actores involucrados. Este tipo de red posee la particularidad de vínculos de cooperación y de reconocimiento necesario para coexistir en procesos colectivos.

En este sentido, “el trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (Dabas y Perrone, 1999).

Desde la perspectiva estratégica de intervención en red, esta constituye una modalidad organizativa y de gestión cuyas características dominantes son: adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de relaciones; ya sea entre dos o más personas y/o instituciones con el propósito de desplegar y dar cumplimiento a objetivos compartidos.

Este enfoque de intervención en red es transversal a todas las disciplinas de las ciencias sociales, particularmente las primeras intervenciones en red en el campo de la salud se registraron por medio de prácticas de psiquiatría y psicología social, a mediados de la década del 60 y 70. Desde la disciplina se trabajó con las personas sobre la conciencia del lazo que

unía a los participantes; se destacaba la organización de comisiones multirrepresentativas donde se discutía lo más conveniente para la persona afectada, de modo que se generaba el efecto de red en cuanto “al dar y recibir”. (Dabas, E. Casserly, P. Lemus, D, 2010).

Las redes poseen un papel fundamental desde la teoría de las organizaciones, constituyéndose en un modelo metodológico de intervención. En esta línea subyace el concepto de comunidad asociado a la organización e implementación de actividades de promoción, educación e investigación desarrolladas en el ámbito de la salud. En términos generales, el concepto de comunidad tiene tres componentes necesarios: pertenencia, interrelación y cultura común.

Las redes comunitarias son definidas como sistema abierto de intercambio dinámico entre los participantes y/o miembros de un colectivo, ya sea, el barrio, la familia, organización o institución que coordinan acciones conjuntas a través de las cuales comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos con el propósito de generar alternativas que les permitan potenciar esos recursos para alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada.

Se entiende que el abordaje en red resulta favorable en cuanto a los soportes sociales, comunitarios, sectoriales e intersectoriales, a partir de la conformación o fortalecimiento de redes que permitan aunar esfuerzos y complementar acciones en pos de la construcción de bienestar y calidad de vida.

En cuanto a los objetivos planteados a través del SNIS se realiza la participación de la población usuaria y de los trabajadores en el campo de la salud. Siguiendo los aportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se constata que se identifica el trabajo en red como una alternativa práctica capaz de presentar resultados a las demandas a través de la generación de una cultura basada en relaciones sociales y políticas horizontales. (OPS/OMS, 2008)

En este marco, el concepto central de acción participativa de la comunidad funciona como herramienta esencial para la generación y promoción de salud; se comprende como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. De este modo, las intervenciones comunitarias se insertan en una matriz de protección social, el enfoque comunitario constituye una herramienta para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de intervención social. (Martínez, V. 2006).

En relación a lo expuesto y a través del análisis del artículo publicado por María Teresa Almaráz (1999)⁷ “La salud comunitaria y descentralización” se visualiza que a partir de la implementación de programas educativos, preventivos y asistenciales en salud se trata de promocionar una especie de mantenimiento y mejoramiento de esta. La autora expresa que la “participación comunitaria significa una contribución permanente e integral de cada individuo al trabajo colectivo, el derecho de compartir decisiones, y el usufructo también permanente y proporcional de los logros alcanzados”. Asimismo, toda intervención desarrollada con la comunidad requiere del acompañamiento mutuo de las disciplinas por lo que trata de un aprendizaje colectivo en el mero acto de intercambio de experiencias. Este nuevo modelo implica que no se trabaje únicamente desde el centro policlínico, también genera que los técnicos se inserten y trabajen en guarderías, escuelas, barrios, entre otros.

El trabajo en equipo y la interdisciplina son planteados como necesarios para el abordaje de las problemáticas sanitarias y para la construcción de intervenciones integrales, esta experiencia participativa evidencia el rol del trabajador social que se inserta en el campo de la salud y el trabajo en conjunto con diversas disciplinas más allá de su competencia técnica específica.

⁷ Directora del Policlínico Odontológico de la Villa del Cerro, Montevideo, Uruguay. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Fuente: Revista Regional de Trabajo Social, año XIII - N° 16.

En base a los aportes de Ander - Egg (1997), la práctica social en su aspecto operativo se encuentra configurada por la integración y fusión de cuatro componentes: el estudio y diagnóstico de la realidad, la programación de proyectos y actividades a realizar, la realización de lo programado vinculado al diagnóstico de situación y por último, la evaluación de lo que se está realizando. En definitiva el autor establece que se trata de formular cada proyecto y conjunto de actividades, de manera que cada uno sirva de apoyo a los otros integrando y complementando diferentes líneas de acción.

Las redes comunitarias coexisten como estrategia de cooperación, articulación e intercambio entre personas y/o instituciones. En el ámbito de la nueva propuesta de política de salud como lo es el SNIS, se apunta a consolidar el funcionamiento participativo de la comunidad en el Primer Nivel de Atención.

El Trabajo Social, como integrante del equipo de salud participa en la construcción de redes en salud.

En el siguiente capítulo se trata de identificar, a través del análisis de los discursos de los trabajadores sociales, qué papel le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.

Capítulo III: Trabajo Social y Redes Comunitarias en el Primer Nivel de Atención de Salud

En este capítulo, se analizarán los artículos de la Revista de Trabajo Social escritos por trabajadores sociales, que abordan el tema de las redes sociales en salud. Son siete los artículos seleccionados en relación al estudio propuesto y a sus dimensiones, los autores son: Acosta, B. (2000); Fernández, B., Godoy, S., Sapriza, C., Escudero, M., y Acheritogaray, V. (2005); Giraldez, S. (2012); Láuz, I. (2005); Puig, C., Torrens, R. (2013); Varela, G. (2005); Vivero, L. (2007).

Como consideración general cabe señalar que si se compara el número total de artículos publicados con aquellos relacionados al campo de la salud, se constata una muy limitada proporción, que se hace más notoria si se consideran los artículos que abordan la salud referida al Primer Nivel de Atención.

En base al discurso de los trabajadores sociales, se analizarán las siguientes categorías:

- conceptualización del Trabajo Social
- participación social
- redes comunitarias en salud

Conceptualización del Trabajo Social como disciplina y sus componentes.

El eje central de este apartado es identificar a través de los discursos de los trabajadores sociales cómo éstos conceptualizan el Trabajo Social.

A partir del análisis de las fuentes seleccionadas, en términos generales algunos autores entienden que el Trabajo Social es una disciplina de intervención en la realidad social y asocian sus inicios al proceso de medicalización - higienismo. Sobre este tema, es de interés

recurrir a los aportes de Ortega, E (2003) quién realiza una génesis del Trabajo Social desde sus orígenes en el Uruguay.

En cuanto al análisis histórico del servicio social tanto Varela (2005) como Giraldez (2012), retoman los aportes de Castel (1997), para comprender lo socio asistencial tendiente a la integración e intervención del Trabajo Social. Desde la óptica de Castel se puede observar que la construcción del concepto de desafiliación como debilidad de los soportes del individuo moderno se vincula a la división social del trabajo y las redes de sociabilidad. Ello adquiere un sentido dinámico en cuanto a la idea de soportes e instituciones. A esta concepción Giraldez (2012), aplica reflexiones teórico-metodológicas de Pierre Bourdieu (1995), el estudio del sociólogo se fundamenta en torno a la comprensión de las prácticas sociales que se desarrollan en elementos tales como la desigualdad educativa, la reproducción cultural, las distinciones de clase, el posicionamiento y la movilidad social. Estos fenómenos inducen el estudio del trabajador social en el que describe la intervención del trabajo social en clave de territorio, vinculada la profesión al trabajo colectivo destaca que es en la década del 50 y 60' que la acción social centra su atención en el trabajo colectivo de promoción y desarrollo de las comunidades como opción para incidir en la solución de los problemas sociales.

Uno de los propósitos del presente estudio es el visualizar cómo el concepto central de acción participativa de la comunidad funciona como herramienta esencial para la generación y promoción de salud, de este modo las instituciones y políticas de protección deberían funcionar como soportes ante las necesidades sociales generadas.

El Trabajo Social como disciplina surge como estrategia de intervención ante las demandas promovidas por la sociedad, los autores Puig, C y Torrens, R. (2013) realizan una aproximación a la intervención del Trabajo Social asociada a la construcción de puentes entre

la necesidad individual - personal y las oportunidades colectivas. A este análisis de conceptualización Varela, G (2005) agrega que:

Se trata, así, de una intervención profesional que se juega (y se ha jugado) en las formas en que se van preconfigurando las superaciones que la sociedad ha intentado dar a las grietas que en término de desigualdades sociales se abren en el mismo seno del cuerpo social. (p.43).

Los aportes profundizan en materia de intervención social ante contextos y necesidades emergentes, se presentan nuevos enfoques y modelos de intervención profesional como también reflexiones en torno a las políticas sociales y la protección social. De acuerdo al autor, las prácticas de intervención dan cuenta de un proceso conflictivo intervenido por representaciones sociales, concepciones y teorías que atraviesan las estructuras sociales.

También se profundiza en la intervención del Trabajo Social en comunidades, barrios y/o territorios en vinculación con el trabajo en instituciones y la gestión de políticas sociales. El trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención es considerado un trabajo de territorio en constante vinculación con instituciones, en este caso, centros de salud así como también centros de educación y promoción. En él, el trabajador social desarrolla proyectos y actividades que sirvan de apoyo, en este caso en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la investigación efectuada por el trabajador social Giráldez (2012) se retoman los aportes de Oslack y O'Donnell, (1976) con el propósito de entender cómo el Trabajo Social se inserta en este espacio de articulación entre Estado, instituciones y organización social. El Estado es quien aplica e institucionaliza las políticas sociales en respuesta a las demandas y necesidades que se presentan. A raíz de esta reflexión, las políticas sociales surgen como “demandas o necesidades generadas por insatisfacciones en algún grupo o sector de la sociedad, y que se

reúnen en conjuntos de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado”. (p.34)

En la práctica profesional el trabajador social interviene en distintas realidades, en el campo de la salud particularmente la persona se ve afectada desde varios factores: estado físico - biológico, emocional, proyecto vital, hábitos y estilo de vida, así como en su contexto social ya sea familiar, cultural, relacional.

Estas consideraciones permiten reflexionar acerca del rol esencial del Estado como forma de decisión política y la implicancia de la participación de los ciudadanos en el marco de estrategias hacia la resolución de los problemas. La autora Giraldez (2012), describe el papel del Estado en territorio y denomina que las políticas sociales coexisten como expresión del quehacer estatal; retoma los aportes de Moro (2000) y Denis Merklen (2003), sosteniendo que el Estado trata de un espacio en el que se reflejan múltiples alianzas, coaliciones coyunturales y grupos de interés. Considera las reflexiones de Merklen (2003) quien agrega que el Estado administra políticas sociales desde un doble rol, por un lado es el implementador con la característica de decisión de cómo y qué, por el otro, es el garante de la integración.

En este sentido, se vinculan estrechamente los recursos estatales en el marco de programas específicos con las instituciones u organizaciones y las políticas sociales implementadas. El rol del trabajador social es concebido de acuerdo a su participación en el establecimiento de los procesos de conocimientos de los ciudadanos, asimismo, en la organización, gestión y elaboración de la política institucional.

Finalmente, el enfoque de derechos humanos desarrollado por Alma - Ata materializa y conecta los derechos humanos en las políticas sociales, en la línea de enfoque de derechos la propuesta se centra en la salud como derecho humano fundamental. A través de las prácticas

de intervención desde la disciplina del Trabajo Social, se asocia la articulación de gestiones específicas frente a programas de la política social con la finalidad de promover acceso y propuestas de diversas índoles.

En el artículo de Varela (2005) se entiende que uno de los aspectos importantes a destacar, es que la disciplina del Trabajo Social se ha desempeñado históricamente como mediación entre exclusión - inclusión; en este sentido el Trabajo Social posee una perspectiva metodológica integradora, en vinculación con la disciplina, el desarrollo de la estrategia en red construye una posibilidad de intervención en los procesos sociales como totalidad. Dado que las redes sociales son una alternativa de intervención profesional, en que los operadores logran atender e identificar ciertas problemáticas.

Es así que dentro del proceso de mediación de exclusión - inclusión, se inserta el Trabajo Social en el sistema de políticas sociales, estas políticas ligarían la profesión con el Estado y la organización popular. A través de lo planteado se puede afirmar que los trabajadores sociales se identifican a sí mismos como agentes, junto con otros actores, en la construcción de redes entre los distintos grupos que integran una colectividad.

Trabajo Social y estrategia en red

En este ítem se tiene por cometido identificar, a través de los discursos de los trabajadores sociales, el papel que le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención. A su vez se examinan los principales procesos participativos que los trabajadores sociales entienden que intervienen en la construcción de redes en salud. Dentro del análisis realizado puede visualizarse una muestra del entramado de niveles y la diversidad

de actores que caracterizan al sistema de salud uruguayo, específicamente en el Primer Nivel de Atención.

Dos de los artículos tomados corresponden a las autoras Acosta (2000) y Lauz (2005), en ellos representan la práctica profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud. Exponen la manera en la cual el Primer Nivel de Atención incide directamente a nivel barrial, en él se desarrollan proyectos organizacionales vecinales y formación de vecinos promotores, también se menciona la policlínica autogestionada por vecinos pioneros de la participación comunitaria.

En cuanto a la participación Acosta (2000) plantea que las formas de relacionamiento social establecidas se asocian a valores de principios democráticos, éticos, solidarios y de respeto. La autora menciona los procesos de interacción poniendo foco en las características de ayuda, intercambio, entre otros. A esta descripción Vivero (2007) añade que la participación social es entendida como la capacidad de los agentes sociales de influir en la toma de decisiones en aquellas temáticas que le es de interés mencionar, en su artículo utiliza aportes de Foucault (1992) y Habermas (1999) para exponer un sentido crítico desde el Trabajo Social hacia la terminología de lo que es la participación social como una relación de poder implícita entre el saber técnico científico y de la comunidad.

También destaca la participación comunitaria como una forma de interacción y articulación entre el conocimiento de la ciencia y la técnica y la comunidad poseedora de la sabiduría popular.

Uno de los objetivos propuestos en este trabajo es el de realizar un análisis sobre la conceptualización por parte de los autores de la participación comunitaria en salud a partir de la implementación del SNIS.

Se puede afirmar que se considera al sistema de salud vigente antes de las leyes de la reforma como basados en una visión biologicista y mecanicista, como ya se ha mencionado, centrado en un enfoque médico, poniendo énfasis en lo curativo, sin considerar lo preventivo y la participación. Los trabajadores sociales realizan principal hincapié en la necesidad de que se implementaran nuevas formas de accionar, dado que el sistema de salud generaba una fuerte fragmentación de sus servicios y exclusión en cuanto a la asistencia de los usuarios.

Fernández Beatriz, Godoy Stella, Sapriza Cecilia (2005), en su artículo señalan que, en el año 2001, los datos estadísticos sobre la cobertura de salud en la población uruguaya eran alarmantes, esto conllevaba significativamente a nuevos problemas de salud y a la necesidad de reconfiguración del sistema de salud del modelo establecido, donde los servicios desarrollados se centraban en la curación y medianamente en la rehabilitación del segundo y tercer nivel de atención. En tanto, no se consideraban las prácticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Las problemáticas establecidas se encontraban esencialmente en los niveles de cobertura de la población, en la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos. Lauz (2005) comprende como hecho relevante la estrategia de Alma - Ata y el foco estratégico en la Atención Primaria en Salud, especialmente en el Primer Nivel de Atención. El marco de la estrategia de atención primaria, contiene fuertes propuestas en cuanto a promover y afrontar el proceso enfermedad – salud. En ella, se asiste a dos movimientos fundamentales, el trabajo comunitario y el trabajo intersectorial.

Tras el proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay, iniciado a partir de 2005, es que se fortalece la identidad de participación social y el trabajo en redes en centros de salud.

El trabajo social como disciplina, intervino en este proceso de transformación impulsando la participación activa de las redes comunitarias, a través de la teoría sujeto como portador de derechos.

Fernández Beatriz, Godoy Stella, Sapriza Cecilia (2005), expresan que, tras la asunción de un gobierno de carácter progresista, se hacía necesario promover el desarrollo de un nuevo modelo del sistema de salud, la finalidad central de este nuevo modelo, tendría que ser el de crear un sistema integrado que articulara servicios de salud pública y privada.

En cuanto a la Atención Primaria de la Salud, las autoras describen como necesidad básica el implementar una política de salud adecuada a las demandas de la población, haciendo posible el acceso de toda la población a los servicios de salud del país, el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, la elaboración de programas que satisfagan necesidades prioritarias de la población usuaria y la planificación de actividades con la participación de la comunidad.

En el marco de lo propuesto por Fernández Beatriz, Godoy Stella, Sapriza Cecilia (2005), la participación de la comunidad contribuye a su propia educación y acción. Acosta (2000) propone escenarios formativos para que éstas descubran sus propias necesidades, mientras tanto Lauz (2005) señala que la capacitación es un aspecto fundamental para el logro y sustentabilidad, afirma que se necesitan saberes que permitan a los participantes ir transformándose en actores plenos del proceso.

Esta reflexión se asocia a la idea del modelo educativo, preventivo y asistencial propuesto a partir del SNIS, la educación popular permitiría dinamizar la organización y la reflexión de acción para superar una realidad, contribuyendo a la generación de una ciudadanía crítica.

Las autoras plantean la esencialidad de la participación de la población usuaria en cuanto a las decisiones que se tomen sobre los lineamientos de programas, los planes de trabajo, la definición de objetivos, acción y evaluación.

De este modo, el hecho de fomentar y trabajar en la construcción de la participación ciudadana tendería a procesos de mayor inclusión social, dado que es una tarea colectiva que objetiva la reducción de exclusión. El rol del profesional en Trabajo Social sería acompañar y aportar metodológicamente en el trabajo colectivo.

Puig, C. y Torrens, R (2013), proponen que la coordinación y articulación entre los servicios sociales, otros servicios y programas existentes aportan favorablemente la continuidad de atención a las personas, generando integralidad. Sitúan la tarea o el rol del profesional en Trabajo Social en relación a la articulación y construcción de puentes entre la necesidad individual y personal, y las oportunidades colectivas y su papel central en relación a las redes comunitarias como oportunidades colectivas en respuesta a la suma de necesidades individuales.

Los autores continúan su análisis afirmando que la integralidad de la atención depende de una red social y de servicios y que se debe generar una instancia de cercanía con las personas y sus necesidades sociales.

Surge de los artículos analizados que la consolidación de redes comunitarias reforzaría la identidad de los miembros de la sociedad y también lograría una mayor integración social. La tarea de construcción de ciudadanía en el fortalecimiento de los procesos de inclusión social es una labor colectiva. “Es como construir un edificio, se necesitan diversos oficios, profesionales, aportes, trabajo de equipo, responsabilidades compartidos” (Lauz, 2005, p.36)

Reflexiones finales

En el transcurso del trabajo se intentó identificar, a través del análisis de los discursos de los trabajadores sociales, qué papel le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.

Para ello, se identificó como una fuente valiosa y pertinente la producción publicada por trabajadores sociales sobre ese tema en la Revista Regional de Trabajo Social en el período considerado que abarca el inmediatamente anterior y posterior a la sanción de las leyes de la reforma. Se realizó una revisión de los artículos publicados en esa revista así como también se consultó bibliografía vinculada al tema, se realizó revisión de leyes y decretos relacionados con el sistema de salud y con el papel que fue asignado a las redes, en especial a partir de la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ello fue relevante para el estudio, dado que la información recabada permitió aproximarnos a la temática abordada.

El marco teórico general se centró en la conceptualización de la construcción de las redes comunitarias en salud, en el perfil de un proceso participativo orientado hacia la inclusión. Con la implementación de la reforma de salud, a partir de 2005, se promovieron avances en cuanto a los derechos y deberes de los usuarios. La noción de redes surge como un nuevo mecanismo que permite la participación en salud como modo de lograr su integralidad. Por su parte, el Trabajo Social se percibe como disciplina fomentando la participación comunitaria y la conformación de redes en el campo de la salud.

En ese sentido los componentes del discurso del Trabajo Social respecto al cuestionamiento del modelo médico hegemónico previo a la reforma, de la importancia que ésta plantea sobre la participación social en salud y del trabajo en redes sociales son coincidentes con los fundamentos del proceso de la reforma.

La Atención Primaria en Salud es entendida como una estrategia adecuada donde se canalizan los esfuerzos hacia una acción preventiva y de promoción. En este proceso, se desarrollan mecanismos políticos y organizativos para garantizar, preservar y mejorar la promoción de la salud. Para ello, se asiste a alianzas estratégicas, trabajo en equipo y redes colaborativas.

A partir del análisis de los artículos publicados por los trabajadores sociales en el período considerado, se puede pudieron identificar algunos focos de reflexión: las relaciones entre saber, poder en el campo de la salud, las relaciones de exclusión social que se manifiestan en ese campo, las dificultades en el ejercicio de la promoción de los derechos, la construcción de políticas públicas y las respuestas comunitarias. Se destaca también la consideración que se otorga al papel del Estado.

De acuerdo al análisis de los autores, es imprescindible fortalecer los valores de solidaridad, confianza y potencialidad del trabajo de las redes, dado que resultan ser un modo de trabajo para facilitar procesos de intervención en lo social. El trabajo en equipo y la participación social en salud harían posible generar procesos de inclusión de los usuarios.

El sistema de salud, a partir de la reforma, se planteó promover determinados espacios e implementar estrategias en el establecimiento del fortalecimiento y accionar de la participación social. A través del análisis efectuado en cuanto a los discursos de los trabajadores sociales, desde la disciplina se evalúa de forma positiva la creación e implementación del trabajo en redes comunitarias. Se perciben fortalezas en tanto cooperaría en la superación de la fragmentación promoviendo la integración.

En tanto a las debilidades, los trabajadores sociales sostienen que el saber popular y la capacidad que pueden desarrollar los actores sociales, así como sus estrategias de intervención en el campo, particularmente son cuestionadas y subestimadas, por aquellos que

manejan el conocimiento técnico, lo que ocasionaría cierta exclusión y dispositivos de dominación por parte del saber médico.

Finalmente, cabe mencionar que este estudio es un aporte a dar visibilidad al trabajo en redes comunitarias en el campo de la salud y al papel del Trabajo Social. Como posible línea de interrogación, sería relevante dar continuidad al análisis en el período actual dado que a raíz de la emergencia sanitaria declarada el 13 de marzo del 2020, la salud es una de las áreas que se ha visto más requerida.

Referencias bibliográficas:

Acosta, L. (1998). La génesis del Servicio Social y el “higienismo”. Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy › jspui › bitstream>

ADASU (2014). Definición Trabajo Social América Latina y Caribe. Federación Internacional de Trabajo Social. <https://www.adasu.org>

Alma-Ata. (1978). Declaración. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Ander - Egg, E. (1997). Métodos del Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Dabas, E. (1995). Redes el lenguaje de los vínculos. Editorial Piados

Dabas, E. Perrone, N. (1999). Redes en salud. FUNCER. <http://www.iin.oas.org › Lectura19.Red.pdf>

Dabas, E.; Casserly, P.; Lemus, J. (2010). Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 9. Salud y Redes. Buenos Aires.

Diani, Mario (2003). "Social movements, contentious actions, and social networks: from metaphor to substance?" en Social movements and networks, relational approaches to collective action. Oxford: Oxford University Press.

Gallo, E. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. Monitor Estratégico, Número 7. <https://www.minsalud.gov.co/>

Garay, M. Tuzzo, R. Díaz, A. (2006). Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención. Comisión sectorial de educación permanente. 2° Tomo - Unidad III. Universidad de la República.

Ksiazenicki, I. & Fuentes, G. (2013). Permanencias y rupturas. Una mirada en torno a las matrices de bienestar social en Argentina y Uruguay a comienzos del siglo XXI. Colombia, Pap. Política Bogotá Vol. 18, No. 1, 83-114.

Martinez, V. (2006). El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Magíster Psicología Comunitaria. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle>

Medina, María Andrea (2017). Protección social en salud: el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Artículo Seriada. Facultad de Ciencias Sociales.

Ministerio de Salud Pública. (2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo. MSP.

Moscatelli, M. (1999). Uruguay: la propuesta del batllismo: democracia política + democracia social, una combinación ideal para una democracia real. Disponible en: [http://rephip.unr.edu.ar > bitstream > handle > Ur...](http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/Ur...)

Nervi, Laura. (s.f.) “Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud” <https://www.yumpu.com/es/document/read/4485498/alma-ata-y-la-renovacion-de-la-atencion-primaria-de-la-salud-cisas>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

Ortega, E. El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. 2008. TRILCE, Montevideo.

Rey, M. (2016). Reformas y sistema de salud en Uruguay: un análisis comparativo entre los primeros pasos sistémicos del sector y la actualidad del Sistema Nacional Integrado de Salud. Instituto Latinoamericano de Ciencias de la vida y la Naturaleza (ILACVN). Foz de Iguazú. [https://dspace.unila.edu.br > handle > TCC-VFinal](https://dspace.unila.edu.br/handle/TCC-VFinal)

Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES.

Vignolo, J. et al. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int vol.33 no.1 Montevideo abr. 2011.
<http://www.scielo.edu.uy> > [scielo](#)

Fuentes

Acosta, B. (2000). Redes Sociales: una estrategia de gestión comunitaria. Revista Regional de Trabajo Social, XIV(20), 15-22.

Almaráz, M. (1999). Salud Comunitaria y Descentralización. Revista Regional de Trabajo Social, XIII(16), 27-28.

Dabas, E. (1999). Redes Sociales: Cómo construir las posibilidades de cambio. Revista Regional de Trabajo Social, XIII,(16), 21 – 26.

Fernández, B., Godoy, S., Sapriza, C., Escudero, M., y Acheritogaray, V. (2005). Protección social y la atención en salud. Tendencias y posibilidades de investigación. Revista Regional de Trabajo Social, (XIX), 34, 56 – 62.

Giraldez, S. (2012). La investigación del trabajo y las prácticas integrales. Revista Regional de Trabajo Social, 26(56), 27-38.

Ministerio de Salud Pública (MSP). Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud: 2005-2009 (D. Olesker y T. González, Comp.). MSP.

Lauz, I. (2005). La participación ciudadana en salud. Desafíos y perspectivas desde el trabajo social. *Revista Regional de Trabajo Social*, (XIX)33, 31 – 39.

Organización Mundial de la Salud (OMS. 1998). *Glosario de promoción de la salud*

Organización Mundial de la Salud (OMS. (2005). *Sistema de Salud*.
<http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud y derechos humanos*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20caalidad%20suficiente.>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*.
www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°4. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*.
<https://www.paho.org> › uru › dmdocuments

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2010). *Redes Integradas en Servicios de Salud*. <https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud (2005). *46° Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo)*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>

Presidencia de la República Oriental del Uruguay. SNIS. Disponible en. www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf

Puig, C. Torrens, R. (2013). Trabajando en sentido y en red entre profesionales. Revista Regional de Trabajo Social, 27 (58), 16 – 21.

Varela, G. (2005). Nuevas configuraciones de lo social. Desde la intervención. Revista Regional de Trabajo Social, (XIX), 35, 43 – 54.

Vivero, L. (2007). Participación social en salud y conocimiento popular. ¿Realidad o retórica política? Revista Regional de Trabajo Social, (XXI)40, 37 – 47.

Uruguay. Poder Ejecutivo. (1934). Ley 9.202. Ley de Creación del MSP. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ley-n-9202-fecha-12011934-ley-creacion-del-msp>

Uruguay (2007). Poder Ejecutivo. Ley 18211, Creación del Sistema Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Uruguay (2007). Poder Ejecutivo. Ley 18161. Creación de la administración de los servicios de salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007/4>

Uruguay. Poder Ejecutivo. (2008). Decreto N° 269/008. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos>

Uruguay. Poder Legislativo. (2008). Ley 18 335.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18335>