



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**El Trabajo Social en el primer nivel de atención en
administración de los servicios de salud del Estado**

Emilia Alberro Acevedo
Tutora: Celmira Bentura

2022

Índice:

Resumen	pág.3
Palabras Claves	pág.6
Introducción	pág.7
Creación del Sistema Nacional de Salud - Ley 18.211	pág.14
El Trabajo Social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud	pág.16
Trabajo Social en Salud	pág.21
Impacto de la creación del SNIS en los profesionales	pág.23
Programas Prioritarios de Salud y como los mismos repercuten en los profesionales	pág.27
Conclusiones	pág.34
Bibliografía	pág.36
Anexo	pág.39

RESUMEN

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR).

Dicha investigación, estará enfocada en el Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el departamento de Florida.

Objetivos:

El objetivo general se centrará en indagar si el Sistema Nacional Integrado de Salud impactó en cuanto a las demandas del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de ASSE en Florida.

Los objetivos específicos pensados para esta investigación fueron:

- 1- Conocer a través de los discursos de los Trabajadores Sociales de las Policlínicas de Florida sus roles en dichos centros de Salud.
- 2- Identificar los diferentes programas de atención en Salud en los cuales intervienen los Trabajadores Sociales en cada centro.

Metodología:

Ante lo anteriormente expuesto se realiza mediante un despliegue de proceso investigativo-cualitativo, desde el cual se pretende reconocer la temática, así como explorar el vínculo entre el Trabajo Social con la salud, particularmente con el Primer Nivel de Atención de ASSE.

Es así que se parte de un estudio de casos, los cuales pueden ser historiados en dos vertientes, la antropológica y la sociológica. En la primera encontramos a los trabajos desarrollados por Malinowski quien según Taylor y Bogdan (1987) fue el primer antropólogo profesional en desarrollar una descripción de su enfoque investigativo y un cuadro del trabajo de campo. El desarrollo de los procedimientos sistematizados en el trabajo de campo se le adjudican a este investigador quien aplicó diversas técnicas como la

observación participante aplicada a la recolección de datos primarios , utilizar informantes calificados esto mediante estadías prolongadas en el terreno.

Es así que en consecuencia se prosigue con una vertiente sociológica, desde la cual se utilizará como técnica para la recolección de información y de datos, una entrevista semiestructurada, en la cual se aplicará a las/os Trabajadores Sociales de las Policlinicas de la ciudad de Florida.

Se presenta una investigación desde un enfoque cualitativo y será a través de un despliegue de determinadas técnicas a través de las cuales se busca recoger datos para luego analizarlos en una etapa posterior.

En este sentido Sautu plantea (2005)

(...)los datos son textos, escritos o en forma auditiva; son observaciones de ocurrencias en ámbitos discernibles y descriptibles; son registros de gestos, filmes o fotografías o representaciones pictóricas. Su tronco común está en la situación real en el campo, en los discursos espontáneos, en los documentos de la vida de la gente o de sus instituciones. (p. 38).

Las entrevistas o material cualitativo son una elaboración científica que deben estar compuesta por el sentido y el contenido fundamental de lo que recibimos, tanto en forma de narración como experiencias, sumado al conocimiento científico acumulado, la historia, el contexto y el significado de la narrativa de los interlocutores de dicha cooperativa. Este material debe ser clasificado, ordenado y comprendido para buscar sus estructuras de relevancia y su lógica propia.

Con respecto al muestreo cualitativo, el mismo es el procedimiento por el cual seleccionamos situaciones y lugares en donde se relacionan personas para considerarlos en el análisis. Una de las principales características del mismo, es que se realiza de manera intencional, es decir, qué decisiones se ponderan a la hora de seleccionar los diversos elementos de la realidad social a indagar, basado en los propósitos centrales de la investigación, siendo el vínculo entre el Trabajo Social y la Salud, particularmente como se mencionó con anterioridad, indagar si el Sistema Nacional Integrado de Salud impactó en cuanto a las demandas del Trabajo Social en el primer nivel de atención de ASSE en Florida. Según Scribano (2007) existen diversos muestreos, en el caso que nos compete, utilizaremos el muestreo “bola de nieve”, que consiste en una selección arbitraria de las unidades a estudiar, pero las mismas tienen que tener características especiales y posteriormente, se les pide que ubiquen miembros con las mismas características, por

diferentes motivos, ya sea acceso o familiaridad. Es un proceso progresivo, por eso su nombre, dado que se parte de que cada sujeto proponga otros, dicho esto, se comenzó con la trabajadora social la cual nos proporcionó información de a qué otras personas podemos estudiar e investigar.

Por último, es de especial interés, comprender que todo lo anteriormente expuesto, es una primera aproximación a lo que constituye nuestro objeto de estudio, así como las técnicas para abordarlo.

En este sentido, es pertinente referenciar a Batthyany (2011), al expresar que “los investigadores cualitativos suelen construir patrones, categorías y temas, de abajo hacia arriba, organizando sus datos hasta llegar cada vez a unidades de información más abstractas (p. 78).

Palabras claves:

- Trabajo Social
- Salud
- Primer Nivel de Atención

Introducción.

Basándonos en los aportes de la Tesis “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista” de Elizabeth Ortega (2003) se pretende discutir y poner en diálogo distintos autores para dar cuenta del surgimiento del Trabajo Social, particularmente si el mismo está fuertemente vinculado con el área salud.

El proceso de Medicalización en Uruguay comenzó a manifestarse hacia fines del siglo XIX, y es en el siglo XX en donde se asocia al Batllismo, en este proyecto político la consolidación del Estado es un eje central.

Se entiende entonces que el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinarias que se construyeron como parte del proceso de medicalización en la sociedad. En este sentido se puede sostener que el espacio profesional del Servicio Social en Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la Salud. (Ortega, 2003, p.14)

En ese momento se pretendía un Estado interventor, que tenía como objetivo guiar, se crearon muchos centros asistenciales, cuyo fin era la prevención de las enfermedades, es por esto que los médicos comenzaron a demandar diferentes profesionales que los ayudarán, por ejemplo, enfermeras sanitarias y entre estos se encontraban los trabajadores sociales, cuya finalidad se centraba en hacer visitas a los hogares y ver la higiene de los mismos.

Ortega sostiene que “el Servicio Social inició durante el período neobatllista un proceso de institucionalización creciente, caracterizado por su constitución como una profesión de mujeres, y por su inscripción jerárquica y técnicamente subordinada a otras profesiones del campo médico-sanitario” (Ortega, 2003, p.13).

Debido a una endogenización de los modelos etiológicos, ya no se atribuía al ámbito social la causa de las enfermedades, sino que estas se centraban más en los cuidados familiares, tenían más que ver con el ámbito individual, es por esto que las Trabajadoras Sociales iban junto con las enfermeras a los hogares. Los problemas de salud dejaron de ser entendidos como consecuencia del medio social, para pasar a ser responsabilidad del individuo y su familia.

Es menester desde los aportes de Alvarez Uria (1995) dar cuenta de los valores que han influido en la génesis del Trabajo Social, vinculada a la filantropía.

En palabras del autor:

La intervención social tenía por objeto reparar las fracturas sociales -fracturas asignadas a individuos de determinadas clases y grupos socialmente relegados- pero sin alterar en profundidad la lógica de fondo que las generaba. En fin, el trabajo social se sustentó, a su vez, en un principio, de unos códigos teóricos de intervención bastante ambiguos que fluctuaban entre los saberes de las ciencias sociales y los valores propios de la filantropía.(p. 2).

Por otra parte en base a los aportes de Acosta (s/f) la Génesis del Trabajo Social en su proceso de formación, estuvo estrechamente vinculada a la medicalización, entendiendo que existe una concordancia con lo expresado por Ortega (2003).

El autor afirma que en Uruguay , tal caridad y beneficencia fue materializada bajo la creación de la denominada “La Hermandad de la Caridad”, la cual nació en Montevideo en 1775. Esta hermandad, fue la primera fundadora del Hospital de Caridad, su finalidad estuvo dirigida primeramente, a cuidar de los internados, en lugar de curar de ellos.

Desde la visión de Acosta, estas finalidades, la caridad y filantropía, van a ser medicalizadas en el siglo XX bajo el modelo del Estado Batllista, a partir de la creación de diversos hospitales en nuestro país.

Según el autor, fue a partir del siglo XX donde se formularon diferentes políticas sociales con finalidad de diluir la cuestión social, situándose entre ellas el surgimiento de políticas sanitarias, ,las mismas ponderan e intensifican la intervención en la vida cotidiana de los sujetos, las cuales habilitaron por vez primera la intervención en la vida cotidiana de la población.

La importancia de la intervención del Trabajo social en la medicina denota que la profesión no tiene un objeto en particular de intervención, por ello es tan extenso el campo de intervención, y a su vez una retroalimentación de las diversas disciplinas, como en el caso mencionado, la medicina.

Según los aportes de Mitjavila y Ortega (2005) el Trabajo Social tiene sus orígenes en el neobatllismo en las instituciones, en el periodo comprendido entre 1940 y 1960. Aquí se dan las transformaciones en instituciones del servicio social como profesión, por ejemplo, tanto en el proceso de higienización como de filantropía, con nuevos espacios y organizaciones de salud. Existe una división sexual del trabajo, con el surgimiento de “visitadora social” siendo este un espacio puramente femenino y subordinado al saber

médico. Ante esto, es importante dar cuenta de lo expresado por Acosta (2001) quien da cuenta de la temprana secularización de Uruguay, en donde se aprecia un “estatus” privilegiado de los médicos en las instituciones de atención pública, dando paso a las mencionadas “visitadoras sociales”, siendo estas las que se instruyen para atender a la población.

Desde que se instala la salud pública se empieza a tomar la salud y medicina como problemática social, empiezan a darle mayor importancia al ambiente familiar y a la responsabilidad del individuo en ambientes sanos e higiénicos.

Hay un reconocimiento social del perfil profesional que responde a la ampliación del dominio de la intervención del preventivismo, que da comienzo a dos figuras que son la enfermera sanitaria y la asistente social. Se parte del hecho de que la medicina es la herramienta por excelencia que controla las conductas.

Según Ander. Egg, E (1997), a partir del siglo XIX con el surgimiento de la Revolución Industrial, el modelo predominante que toma procedencia en el mundo es el ya conocido capitalismo. En este contexto se producen cambios sociales, culturales y económicos, que generan fuerza para dar una estructura organizada de la actividad. En este marco se encuentra necesario el rol de un mediador, por lo tanto en el propio sistema capitalista es que se encuentra la génesis del Trabajo Social.

Siguiendo los aportes del autor, con el desarrollo de la revolución industrial y el capitalismo, la práctica de ayudar que se llevaba a cabo por los líderes religiosos y organizaciones humanitarias de personas civiles pasó a convertirse en una profesión específica. Se genera una organización de ayuda para los necesitados, creándose las primeras legislaciones de tipo social para atender estos requerimientos. Los métodos de ayuda se perfeccionan convirtiéndose en una acción de intervención profesional, la génesis del trabajo social se remonta en sus inicios profesionales en base a las grandes religiones y acciones humanitarias que se llevaban a cabo a nivel mundial, se estudia la forma de socorro y ayuda mutua que se desarrolla a lo largo del tiempo.

Tal y como describe Ander, Egg, E (1997), en Europa ya se venía trabajando en distintas formas de ayuda y asistencia, se crea en 1899 la primera escuela de Asistencia Social en Holanda. Pero donde se Institucionaliza el Trabajo Social primeramente es en Estados Unidos a principios del siglo XX. En 1917 la estadounidense Mary Richmond

pública "Social Diagnosis", este libro se considera la primera sistematización de la acción de los trabajadores sociales. Esta profesionalización de la tarea de ayudar se da a causa de los requerimientos de la sociedad y en base a la magnitud de los problemas que se manifiestan.

De acuerdo con Ander. Egg, E (1997), como consecuencia de la revolución industrial encontramos la génesis del Trabajo Social, esto se da porque se genera la necesidad de atender las consecuencias que comienza a generar el capitalismo y la industrialización vinculados al urbanismo y a los rápidos cambios sociales de la época. Esto conlleva a que se comiencen a profesionalizar las formas de actuar, en este proceso se aplican varias ciencias humanas, en especial la psicología y sociología.

Según Martinelli, M (1992), Es a mitad del siglo XIX, que se racionaliza la Asistencia. En esta organización interviene la Burguesía Inglesa en base a sus intereses, que refieren al control de los movimientos de la clase trabajadora. La burguesía Inglesa trabaja en conjunto con el Estado y la Iglesia, creando "*La sociedad de Organización de la Caridad*", se realiza con el fin de profesionalizar y racionalizar la asistencia, creándose la primera propuesta de práctica para el Servicio Social. El objetivo de profesionalizar la asistencia se debe a que la sociedad actual entendía necesario pensar en acciones para restringir las prácticas de la clase trabajadora, la burguesía tenía el pensamiento de que si limitaba las manifestaciones colectivas y si se mantenía el control sobre la cuestión social, se podría asegurar el funcionamiento social adecuado. dándose el desarrollo económico del capital a favor de la burguesía.

Con esta perspectiva, la asistencia se perfecciona en función de distintos objetivos de la burguesía, entre ellos; la finalidad económica, con la cual se busca garantizar la expansión del capital, tal y como establece Martinelli (1997); Según la autora la función ideológica de la asistencia, es la estrategia de la burguesía para contener la amenaza política del avance del movimiento obrero y por último la asistencia tenía la función de control, funcionando como respuesta de la burguesía de la amenaza social que derivó a causa de la acelerada expansión de la pobreza y de la generalización de la miseria. La autora sostiene que el sentido de tal función era el riguroso control del proceso social y las condiciones de vida de la masa pauperizada ajustándose a los patrones establecidos por la sociedad burguesa.

La burguesía utiliza a "*La Sociedad de Organización de la Caridad*" como una estrategia política, donde planea desarrollar un proyecto de hegemonía de clases. Favoreciendo en última instancia el desarrollo del capital.

Martinelli (1997) sostiene que la racionalización de la asistencia se da en un marco de pobreza mundial de masa, que exige medidas urgentes de los gobernantes. El proletariado ocupa una figura relevante en el escenario social.

Desde sus inicios la Cuestión Social y el Trabajo social han estado vinculados, ya que este último ha funcionado como operador central de los temas referentes a la cuestión social, siendo llamado a dar respuestas a los problemas sociales generados por la Revolución Industrial a partir del siglo XIX. A lo largo de la historia visualizamos cómo se ha ido racionalizando y perfeccionando el trabajo social, en la búsqueda de un mejor relacionamiento con la cuestión social. En paralelo con el capitalismo monopólico crece en gran medida la organización sindical de la masa de trabajadores, la cual se encuentra en puja con la burguesía que piensa en acciones para reprimirla.

En este contexto, la burguesía encuentra necesario utilizar la herramienta de la asistencia social, para controlar a la masa de trabajadores y a los pobres, con el fin que no se perjudique el flujo de capital. Buscando de esta forma estrategias para resolver la cuestión social. A lo largo de este proceso vemos como la asistencia social va cambiando y perfeccionando la forma en la que se relaciona con la cuestión social.

Martinelli (1997) desarrolla que en el siglo XIX a través de la “Sociedad de Organización de la Caridad”, se racionaliza la práctica de la asistencia, con el objetivo de limitar las posibles acciones de manifestación y empoderamiento de la clase trabajadora, buscando mantener el control de la cuestión social, con el fin de asegurar el funcionamiento social adecuado que favorezca a la burguesía, en búsqueda del fortalecimiento y expansión del capital. En este ámbito la cuestión social está vinculada a la asistencia social focalizada desde los intereses de la burguesía.

El origen del surgimiento de las escuelas, se relaciona con el agravamiento de la cuestión social. “*La Sociedad de Organización de la Caridad*”, no tenía la intención de insertarse en forma profesional rápidamente en el mundo del trabajo, sino que buscaba que sus integrantes sean reconocidos como “Filántropos y reformadores sociales” presentándose a través de su acción como una nueva forma para afrontar la cuestión social (Martinelli. 1992; pág 128)

En este marco se comienzan a replantear los términos utilizados para referirse a la acción, refiriéndose a los términos de: “acción social, bienestar social, asistencia social, beneficencia, caridad, filantropía” (Martinelli. 1992; pág 128, 129) estos términos

comúnmente utilizados generan que no se tenga una idea clara sobre la naturaleza de la acción.

El Trabajo Social tiene origen en un conjunto de transformaciones institucionales durante el período neobatllista mencionado anteriormente, particularmente en aquellas actividades de la medicalización de la vida social, ligadas al área de la salud.

Tal y como advierte Mitjavilla y Ortega, dentro de un contexto en el cual emerge el Estado de Bienestar que tiene como objetivo la medicalización de la sociedad y el surgimiento de nuevas instituciones de la salud.

En esta época aparece el preventivismo como nuevo método de prevención de la salud, donde se pasa de la preocupación en la cuál la “vieja” salud pública se ocupaba del medio externo del individuo, a ocuparse del individuo en sí, en su totalidad. Buscando factores en el propio individuo, indagando en la conducta de cada individuo.

El asistente social debe de intervenir en las tareas de educación para que la ampliación de fronteras se torne posible, por eso es preciso que se realice la educación sanitaria escolar pero no solo en el ámbito escolar preciso, sino a lo largo de toda la vida.

Esto fue posible, este rol, gracias a la creación de ficheros domiciliarios que posibilitan las visitas domiciliarias de los asistentes sociales a familias, donde aparecen los registros del núcleo familiar . Cumpliendo este visitador domiciliario con la función de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento de la sociedad en su conjunto.

Dichos conceptos están estrechamente relacionados con lo que las visitadoras sociales, y posteriormente a los asistentes sociales que atendían a la sociedad. Estrategias que educan, y principalmente disciplinan a los individuos sobre la importancia de la medicina en todos los aspectos de la vida cotidiana de los mismos, por ejemplo, previniendo posibles enfermedades por desinformación.

En concordancia, es relevante destacar la importancia del Trabajo Social en el ámbito de la salud, desde una mirada interdisciplinaria, que permita abordar las demandas no solo desde la medicina, sino atender e intentar dar respuesta a las usuarios, desde las diversas estrategias que permite el Trabajo Social, entendiendo la multidimensionalidad de la realidad.

Es así que, a lo largo de la historia, el Trabajo Social ha ido profesionalizando, incorporando nuevas demandas, así como también nuevas perspectivas, y más aún, desde los diversos organismos internacionales desde los cuales se planifican diversas estrategias

de intervención.

Estos son los casos a destacar, como por ejemplo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Sistema Nacional Integrado de Salud sostienen que la Atención Primaria en Salud (APS) constituye la principal estrategia del sector salud para que los países puedan alcanzar los objetivos de reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica, reducir la mortalidad infantil y materna, todo esto mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud y la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas. Es por ello que, es de especial interés que la reforma propone privilegiar el primer nivel de atención, y así ponderar la participación de los propios usuarios. Es menester para la investigación, indagar las nuevas demandas que dicha reforma coloca al Trabajo Social, como es visto por los propios profesionales, y cuales son las nuevas demandas ante dicho escenario.

Ante lo expuesto, es que se considera pertinente realizar una investigación para conocer las posibles modificaciones en las demandas que se le colocan al Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en ASSE.

Esta investigación permitirá describir y conocer la situación de los actores en los centros de salud y por otra parte nos ayudará a recolectar la información necesaria para conocer más sobre el Trabajo Social en el ámbito de la Salud en Uruguay.

Creación del Sistema Nacional de Salud - Ley 18.211

En este apartado, se da cuenta de los aportes que presenta la ley 18.211 y en particular algunos de los artículos de la misma que se consideran de suma importancia para adentrarnos en la reglamentación de la reforma de la Salud.

Es menester, desde los aportes de Margarita Rozas (1998) quien define la intervención como el campo problemático, pero lejos de simplificar el significado que tiene la intervención, se complejiza al articularse con las manifestaciones de la cuestión social, es decir, la relación desigual entre capital y trabajo, donde el trabajo queda subordinado por el capital y cala hondo en las relaciones sociales. Es por ello, que la intervención no puede verse como un mero instrumento y es necesario contextualizar, cómo se visualiza más adelante, para así comprender las distintas baterías de políticas en el área de salud, que se han presentado como respuestas ante dicha demanda. Es así que, las políticas sociales son un instrumento fundamental para el trabajador social.

En este marco de repensar las políticas sociales y la cuestión social constituye un esfuerzo de maduración intelectual y recrea la intervención profesional, en tanto proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y que dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático. (Rozas M 1998:46)

La Salud, tal y como se expresó con anterioridad, vista como una manifestación de la cuestión social, debe ser atendida mediante políticas públicas, destinadas a salvaguardar uno de los derechos fundamentales de todo individuo, como lo es, el acceso a la salud, ante esto, es menester dar cuenta de lo mencionado en la Ley 18.211 Art. 1 , el cual tiene como objetivo reglamentar el derecho a la salud de todos los habitantes residentes en el país y plantea cómo lograr el acceso a los servicios integrales de salud. Siendo de especial interés el derecho a la Salud como derecho universal sobre el cual, tal y como afirma el artículo, se explicita la forma en la cual se accede a los SNIS, siendo relevante no solo para los y las usuarias sino también para los profesionales.

A su vez, es relevante que dicha ley implica que los prestadores, sin importar el sector de pertenencia (público/ privado) integran el SNIS, por ende, es el propio usuario quien elige acorde a sus necesidades el prestador de preferencia, desde el cual, se deben respetar los principios fundamentales, expresados la Ley, en el artículo 3, entre los cuales es relevante destacar la cobertura universal, sustentabilidad de servicios de salud, accesibilidad, más aún cuando la población muestra necesidades dispares, se busca la equidad.

Siendo de particular interés para el campo del Trabajo Social, no solo por lo anteriormente mencionado, sino que permite la inserción del mismo como ámbito de excelencia, para fomentar autonomía, respeto, equidad y orientación.

La ley se propone alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población, así como también, Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

A su vez, se entiende que, es necesario e imprescindible lo descrito anteriormente, se contradice por lo vivenciado y expresado por algunos de las Trabajadoras Sociales entrevistadas, quienes describen que los puestos prioritariamente son para médicos, dejando de lado la importancia del Trabajo Social en la Salud, lo que lleva a intervenciones puntuales, ante las demandas que requieren mayor rapidez, sin un seguimiento pertinente.

El Trabajo Social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Es en el año 2005 donde en nuestro país asume una fuerza política de izquierda y se crea el llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Como resultado de esta creación, es que se produjeron grandes cambios en los subsectores, es decir, en los prestadores de salud, entre mutualistas privadas, y la Administración de Servicios de Salud (ASSE), en donde sigue este último siendo cuantitativamente el principal prestador de salud del país.

Como objetivo del SNIS, se pretende “el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano”.

¿Cuáles son los valores, principios y propósitos de un Sistema de Salud?

- Valores: Derecho a la Salud, universalidad, equidad, solidaridad, dignidad
- Principios: Eficiencia, eficacia, calidad, integralidad en la atención, participación, interculturalidad, diversidad
- Propósitos: Proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, orientar los servicios según necesidad de la población y brindar protección social y financiera frente a los riesgos de enfermarse y consecuencias.

El sistema nacional integrado de salud uruguayo, permite a los usuarios a elegir, mediante los aportes que realizan los trabajadores, tanto salud pública (ASSE) como mutualistas privadas. A su vez, aquellas personas que no cuenten con recursos, serán atendidos por ASSE sin costo alguno, incluso las órdenes y medicamentos también gratuitos, o aquellos que no disponen de trabajo, pero que su situación económica les permite, mediante una cuota, acceder tanto a salud pública como privada.

Tal y como expresan Alegre y Filgueira (2009):

El Sistema Nacional Integrado de Salud, creado en 2007, si bien mantiene el requisito de las contribuciones asociadas a un empleo formal, incorpora como beneficiarios directos a los hijos del afiliado, gracias a lo cual 200.000 niños han adquirido los derechos del sistema mutual. (pág. 336)

El Sistema nacional integrado de salud “SNIS”, que permite desde el Fondo Nacional

de Salud (FONASA¹) a trabajadores, pasivos, menores de 18 años o mayores con discapacidad, cónyuge o concubino, a elegir entre los distintos prestadores, tanto públicos como privados, incluso con la posibilidad de cambiar de prestador en caso de no estar satisfecho con los servicios prestados, y a su vez, incorpora ya sea mediante una cuota mutual o de manera gratuita en caso de no poder afrontarla, a toda la población que no se encuentre en las condiciones anteriormente mencionadas.

Este nuevo modelo de Atención plantea que los usuarios sean atendidos de forma integral, y que todos los técnicos trabajen en conjunto para así lograr mejorar la calidad de vida del sujeto, entre ellos, Doctores, Psicólogos, Trabajadores Sociales, entre otros.

Los cambios en el modelo de atención y de gestión que procura la Ley 18.211 sobre el SNIS están orientadas a las políticas de salud hacia la construcción de un modelo bio-psico- social integral y participativo de la salud. Además, este nuevo modelo insiste en el trabajo interdisciplinario, para poder lograr así diagnósticos socio-culturales que ayuden a resolver de forma eficaz las demandas planteadas por los usuarios.

Basándonos en el Documento de las autoras Guerra,A. Mora,S. Carrillo,R. (2019) podemos afirmar que :

El cambio en el modelo de atención promueve principalmente la salud como un derecho, además de abordar de manera integral la salud de los usuarios. También se logra una mayor accesibilidad a lo largo del país gracias a una cobertura universal estratégicamente enfocada en Atención Primaria en Salud (APS) Se hace un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y se promueve responder al Plan Integral de Prestaciones de Salud (PIAS) de acuerdo al perfil epidemiológico.

El modelo asistencial vigente se basa en la aplicación de un tipo de atención curativa, una vez instalada la enfermedad y en donde se brinda como respuesta erradicar los síntomas sin profundizar en las causas, con lo que esto conlleva por el costo que se genera para los usuarios y al propio sistema de salud. La atención fragmentada, especializada, donde el cuerpo no es visto como un todo, sino como parte de una máquina que cada especialista debe hacer “funcionar” desde su saber, dejando de lado otros

¹ El FONASA es el Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131) que financia el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS; jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el Art. 187 de la Ley 16.713; y de algunos funcionarios públicos. (Consejo de Educación Secundaria).

aspectos que hacen a la salud como los aspectos psicológicos, sociales y ambientales (Bentura, 2011).

Desde los aportes de Tommasina & León (2008) el cambio en el modelo de atención, a través de la estrategia APS se propone privilegiar la promoción y prevención en salud como también apuntar hacia un tipo de atención integral. Para lograr esto es que se apuesta al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, la atención a la salud a través de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral, la cobertura universal y coordinación intersectorial.

Antes de la Reforma la atención tendía a ser con un carácter asistencialista y curativo: en otras palabras no se prioriza lo que es la prevención, la promoción en hábitos saludables, solo se curaba cuando la enfermedad ya estaba instalada

Podemos notar avances en el cambio de modelo de atención en los programas de salud colectiva como lo es el programa de cesación del tabaquismo, el programa de salud a niños y niñas, salud de las mujeres, y en estrategias de .disminución de riesgos y daños en temas como: uso problemático de drogas, entre otros.

El cambio en el modelo de gestión apunta a un Estado de nuevo tipo, el cual ahora prioriza establecer objetivos y metas, auditar, evaluar y fiscalizar su cumplimiento, hacia un desempeño institucional que ponga al usuario en el centro de las preocupaciones y las acciones. La mejora en la gestión implica promover el compromiso e involucramiento de los trabajadores y de toda la escala de responsabilidades, asegurando su conocimiento y participación en la elaboración de los objetivos.

Apunta en primer lugar al rol del Ministerio de Salud Pública en la rectoría del sistema de salud, teniendo como objetivos el diseño de políticas de salud, la regularización de la normativa de los Programas de Salud, etc.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) pasa a ser el responsable de la conducción en el proceso de construcción e implementación de este nuevo Sistema de Salud. El MSP deja su rol de prestador de Salud y se consolida la descentralización de ASSE

Por otra parte, se apuesta también a la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud en la gestión del nuevo Sistema, logrando así a través de las Comisiones de Participación mantener un diálogo permanente con el Sistema de Salud.

En el cambio de modelo de financiación hubo dos transformaciones importantes, la primera de ellas es que en el modelo anterior existía una cuota fija, en la actualidad las personas aportan en función de sus ingresos, y ello al mismo tiempo brinda cobertura a su grupo familiar.

Además los recursos se vuelcan a un fondo mancomunado y solidario, manejado por el Estado con participación social. El riesgo financiero es asumido por todos los integrantes del fondo común y no sólo por los que se enferman. Esta unificación de los fondos apunta a la amortiguación de los riesgos financieros vinculados con la utilización de los servicios de salud.

Ante lo expuesto, se considera relevante que la implementación de la Ley 18.211 permite un trabajo interdisciplinario, abordando las demandas también desde el Trabajo Social, por lo que esta investigación está enfocada en conocer los Roles de los Trabajadores Sociales en los Centros de Salud, y además poder indagar si con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud las demandas que se le colocan al Trabajo Social tuvieron algún impacto, tanto en los usuarios como en la profesión.

En el primer nivel de atención, tal y como expresa el artículo 36 de la ley 18211:

(...) 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 de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.(Artículo 36)

Es así que están comprendidas las actividades de promoción, de prevención así como también la de educación y rehabilitación de las enfermedades, se puede decir que contiene tanto las tareas médicas como las no médicas, y el seguimiento con los sujetos.

El objetivo del trabajo social en la salud 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 participa en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud

basadas en sus necesidades” (Arroyo, Ramos, Garcia, Sanchez, & Velásquez, 2012, pág. 27).

Basándonos en esta cita, podemos afirmar que en su accionar diario, en el Centro de Salud, el Trabajador Social contribuye a satisfacer las necesidades básicas de los usuarios y mejora la calidad de los mismos a través de estrategias de intervención.

La Reforma de la Salud ha impactado de manera significativa el ejercicio ciudadano, debido a que ha contribuido a la ampliación del acceso a la salud para toda la población. Se entiende que la misma cuenta con amplias esferas, lo que permite a su vez a los y las Trabajadoras Sociales, acompañar y promover el derecho a la Salud, generando así nuevas intervenciones en el ámbito social.

Trabajo Social en Salud.

Es pertinente, que la declaración Alma-Ata se nutrió del pensamiento y de la práctica de los movimientos latinoamericanos de Salud Colectiva de finales de los años 70, que implican nuevos discursos, nuevas prácticas y una nueva concepción de sujeto a partir de los cuestionamientos a los métodos clásicos desarrollados bajo el paradigma de la salud pública. (Granda, 2004)

La declaración de Alma Ata es uno de los mayores pronunciamientos internacional en salud, que hasta el día de hoy ha tenido lugar a nivel mundial, luchando por el derecho a la salud de los pueblos.

La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Alma Ata, 1978

Esta conferencia apoya fuertemente el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Basándonos en lo mencionado anteriormente es que podemos afirmar que el Rol del Trabajo Social en el sector Salud es de suma importancia, ya que la salud no solo hace referencia a enfermedades físicas o mentales sino que para lograr un completo bienestar se necesita de diferentes profesionales que intervengan en todos los aspectos de la vida.

Rozas, M (1998) entiende que el concepto de Bienestar Social está fuertemente vinculado con el Trabajo Social, y afirma que dicho concepto se constituye como el eje orientador de la práctica profesional.

Nuestra práctica está focalizada en hacer efectivos los objetivos relacionados al Bienestar Social, logrando así un progreso social.

Rozas, M (1998) afirma que el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, expresada a partir de múltiples necesidades que se presentan como demandas y carencias, y es aquí en donde estas llegan a las instituciones para ser canalizadas.

Siguiendo el lineamiento de la autora, se puede afirmar que en los centros de Salud, se presentan determinadas demandas que si o si deben de ser atendidas por Trabajadores Sociales, los cuales van a velar por el bienestar social de cada individuo a través de intervenciones y del trabajo multidisciplinario.

Parsons (1959) afirma que el rol son las acciones y tareas que realizan los actores en sus relaciones cotidianas con otros.

“Hay un aspecto procesal, aquél que se refiere a lo que el actor hace en sus relaciones con otros, visto en el contexto de su significación funcional para el sistema social. Esto es lo que llamaremos su rol” (Parsons, 1959, p.22).

El rol es la interacción de los actores sociales y el sistema social del cual hacen parte; es la parte dinámica del status, podemos entender que el status es el lugar ocupado por las personas dentro de la estructura social. Es una conducta esperada según el lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y como tal genera expectativas acerca de las funciones que éste debería realizar.

Se considera que para lograr el completo bienestar en un individuo se necesita de la intervención de distintos profesionales, ya sea especializados en Salud o en Ciencias Sociales, y que el trabajo multidisciplinario es fundamental para hacer un buen diagnóstico de cada demanda en particular para lograr nuestro cometido, el bienestar social.

Basándonos en los aportes de Pizarro (s/f) el equipo multidisciplinario es aquel que esté formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo. Sin embargo, requiere del aporte del resto de los profesionales para obtener el logro de los objetivos comunes.

Mientras que el equipo interdisciplinario, está constituido por un grupo de profesionales, en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido o bien es la acción simultánea y metódica de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación dada.

Cuando hablamos de trabajo en equipo nos referimos a las estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo de personas con el fin de lograr las metas que se han planteado, en nuestro caso, el trabajo en equipo entre los profesionales de dichos centros de Salud es de suma importancia a la hora de intervenir en dichas demandas que llegan a la institución para ser canalizadas.

Impacto de la creación del SNIS en los profesionales.

A través de las entrevistas con las Trabajadoras Sociales de la Red de Atención Primaria de Florida se pudo observar dos opiniones similares en cuanto a los impactos que tuvo la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en los roles y/o demandas de la disciplina.

En la primer entrevista, la Trabajadora Social afirma que “(...) en realidad si bien el Sistema Integrado contempla todo lo que tiene que ver con el Primer Nivel y lo integral en el sentido de promoción y prevención de la Salud pensando en este modelo integrado, yo creo que el impacto no ha sido el esperado según el rol y según lo que el sistema se planteaba, ¿Por qué? Porque en el sistema de salud cuando se dan situaciones de vacantes lo que se prioriza siempre es las vacantes para médicos, para lo que tiene que ver todavía con el rol más asistencial y más de la medicina tradicional (...) “No se si el Sistema Integrado generó impactos en los roles y demandas, no los que debería según lo planeado por el Sistema, pero simplemente porque para mi que las demandas son demasiadas y los técnicos en el territorio somos pocos, entonces terminamos atendiendo solo los incendios y eso hace que no se generen procesos en los equipos y que el rol del Trabajador Social solamente quede como acotado y reducido solo a la intervención ante las peores situaciones, es más como apagar incendios que generar procesos.”

Parafraseando a Ortega desde que se instala la salud pública en Uruguay se empieza a tomar la salud y medicina como problemática social, otorgando mayor importancia al ambiente familiar y a la responsabilidad del individuo en ambientes sanos e higiénicos. Estableciéndose dos momentos, el primero, basado en algo “externo”, y el segundo enfocado en los individuos.

En este segundo momento, el propio individuo necesita generar una prevención que comienza en lo individual sobre lo colectivo. El individuo es quién se torna el campo de intervención para las estrategias médicas sanitarias. Es así que se visualiza un reconocimiento social del perfil profesional que responde a la ampliación del dominio de la intervención del preventivismo.

Es así que, en la actualidad, la salud si bien no se desmonopoliza del saber médico, requiere atender la multidimensionalidad, y demanda diversas profesiones, entre las cuales se encuentra inserta el Trabajo Social. Es por ello que las políticas sociales en el área de la salud, abarcan una cantidad de núcleos temáticos, que requiere un arduo trabajo y multidisciplinariedad

Prosiguiendo en la segunda la Trabajadora Social afirma que : “En el área de Trabajo Social ha generado más trabajo, mucho más demandas, porque en sí han aumentado los casos y los usuarios también han aumentado en el área de ASSE, el Trabajo Social se ha visto más desbordado.”

De aquí se desprende un eje en común, relacionado al Trabajo Multidisciplinario, ambas Trabajadoras Sociales estuvieron de acuerdo que en la Red de Atención Primaria de Florida no cuentan con un equipo multidisciplinario. Lo que se contradice con lo expresado anteriormente en los artículos, claro ejemplo es el Artículo 4, en donde se expresa como desafío “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.”Claramente lo expresado por las Trabajadoras Sociales, denota una ausencia en cuanto al equipo multidisciplinario, particularmente en Florida. Lo que se vincula estrechamente con lo expresado en la primer entrevista, dado que la misma relata:

“No, el tema es, hay dos Psicólogas para todo el Departamento de Florida, para las 20 Policlínicas entonces es itinerante, yo más que nada trabajo a veces con la partera, a veces con el pediatra, a veces con la médica de familia, si te pones a pensar si es multidisciplinario pero es como puntual, no es como esto integral donde podamos meter cabeza todos. Hay que recalcar la importancia de generar espacios en Trabajo Social, porque hasta tanto no se generen espacios no se van a vislumbrar impactos.”

En la segunda entrevista la Trabajadora Social afirma también, “En si, un equipo multidisciplinario contamos con todas las áreas, no nos reunimos, nos vamos derivando los casos. Con la que trabajamos a full y trabajamos en equipo es con la Partera, pero el Psicólogo nos cuesta la reunión, por su situación de vida, personal. Nosotros no tenemos un equipo constituido que diga que tal día tenemos reunión de equipo. Con la Lic. en Enfermería también se coordinan los casos.

El trabajo de nosotros no es muy valorado, tenes que forzar y poner límites, porque la Trabajadora Social es tarro que volcamos todos. Nos llegan demandas que no pueden ser atendidas por nuestra disciplina.”

En las entrevistas se aprecia cómo el Trabajo Social, al no tener autonomía plena en cuanto a las decisiones, como se visualiza en relación a la dificultad que encuentran en tanto al trabajo en sí, como los límites que se deben poner dado que muchas de las demandas no pueden ser atendidas por las mismas.

En esta línea, Iamamoto (1998) se cuestiona la posibilidad de autonomía de los profesionales, entendiendo que los mismos están insertos en un contrato de dependencia, en un mundo que está impregnado por la división social del trabajo.

Tal y como señala Iamamoto (1998)

“Si el Asistente Social, en la condición de trabajador asalariado, debe responder a las exigencias de la entidad que contrata sus servicios, el dispone de autonomía relativa para el ejercicio de sus funciones institucionales” (pág. 117).

Esto impacta de forma negativa en la autonomía de los y las Trabajadores Sociales, dado que, el propio sistema en el que estamos insertos, no permite desligarse del rol ocupacional, dentro de una división social del trabajo que, requiere de profesionales que se “encarguen” de dar una respuesta ante las demandas de los capitalistas, que en definitiva se reduce a la reproducción social de la mano de obra, por lo que, lejos de poder dar una respuesta a las diversas formas en las cuales se puede manifestar la “cuestión social”, se puede observar cómo se interviene para mantener lo que Robert Castel (1997) denomina “la cohesión social”.

En otras palabras, cualquier manifestación que ponga en riesgo la misma, es atendida, pero la respuesta está en un dilema entre concesión y conquista, entre derechos ganados por los trabajadores o bien derechos concedidos por la burguesía para así, mantener el orden hegemónico.

Así lo expresa la autora:

“Implica un nuevo tipo de socialización del trabajador y de su familia, que afecta toda su vida cotidiana, el modo de adaptarlo al nuevo modo de vida y a los métodos de trabajo industrial.” (pág 117).

A su vez se desprende de lo expresado en la entrevista, la dificultad y más aún, la precariedad en cuanto a la posibilidad de la conformación de los equipos interdisciplinarios, lo que no solo debilita a la posibilidad de accionar del trabajador social, sino que impacta en

la capacidad de presión y de negociación, en pos de los usuarios por parte de los equipos de trabajo.

Programas prioritarios de Salud y como los mismos repercuten en los profesionales.

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, los y las Trabajadoras Sociales ante un sistema integrado, que presenta tanta heterogeneidad como individuos, en donde las demandas no pueden ser absorbidas por los profesionales en su totalidad, dado a la multidimensionalidad de la propia cuestión social, así como la posibilidad de intervención de los profesionales;

Es menester dar cuenta que los programas prioritarios, se desarrollan bajo una clara estrategia, la misma, propuesta por el SNIS consiste en la aplicación y el fortalecimiento de los Programas prioritarios en Salud, teniendo como objetivo incentivar a la población a tener cambios en los hábitos de vida, priorizando el cuidado de la salud.

Conforme a la información obtenida de las entrevistas a las Trabajadoras Sociales de la RAP de Florida se pudo constatar la intervención de las mismas en varios programas de salud.

A partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud el Trabajo Social adquiere relevancia y participación en varios de los programas prioritarios establecidos por el Ministerio de Salud.

Programas prioritarios establecidos por el MSP:

- Enfermedades no Transmisibles
- Salud de la Niñez
- Adolescencia y Juventud
- Violencia Basada en Género y Generaciones
- Nutrición
- Control del Tabaco
- Salud Sexual y Salud Reproductiva
- Control del Cáncer
- Adulto Mayor
- Cuidados Paliativos
- Discapacidad y Rehabilitación
- ITS- VIH/ SIDA
- Salud Mental
- Salud Bucal

A través de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de la RAP de Florida, se pudo constatar que las mismas trabajan mucho con la Adolescencia y la Juventud, trabajan en los espacios adolescentes.

Además se pudo visualizar grandes intervenciones con los adultos mayores.

“Nosotros trabajamos en el Plan Aduana, trabajamos en los espacios adolescentes, pero ya te digo, es como picoteando en todos lados, sin generar procesos. Después trabajamos en todo tipo de situaciones que prioriza la institución que tienen que ver también con judicializaciones, siempre manotean al Trabajador Social como el que de alguna manera canaliza ciertas situaciones que no tienen nada que ver con nuestra disciplina”. (Entrevista N°1)

“Trabajamos en el espacio adolescente y en los talleres para las embarazadas que lo realizamos junto con la partera, además hacemos un seguimiento desde el embarazo hasta el nacimiento del niño y asesoramos a las madres en cuanto a trámites.

El otro programa que se está trabajando mucho es el de Adulto Mayor, trabajamos muchísimo con los adultos mayores, se visita, se ve la situación, se trabaja con la familia y siendo que no hay ningún responsable si institucionaliza, siempre y cuando el adulto mayor quiera.” (Entrevista N° 2)

Esta relación que expresan las Trabajadoras Sociales en las entrevistas respecto a la salud , es interesante comprender que la misma se ha consolidado a lo largo de la historia, funcional a los intereses del capital. Tal y como según Ortega y Mitjavila (2005), no solo se refiere a una posición subordinada en la división social del trabajo, sino que la herencia de las prácticas de intervención subordinadas al saber médico, por lo que se entiende que en la actualidad, tanto las políticas como servicios sociales están plasmados de nuevas demandas, sobre la misma cantidad de Trabajadores Sociales, polivalentes, multifacéticos.

El aumento de demandas, implica a su vez, tal y como expresan en las entrevistas, se entiende la necesidad de trabajo en redes, es decir, la necesidad del trabajo intersectorial ante la nueva coyuntura, que implica diversas demandas a ser atendidas por los y las Trabajadoras Sociales, en donde, es pertinente lo expresado en la entrevista N°1 “(...)es como picoteando en todos lados, sin generar procesos.” en donde se aprecia que se pretende combinar una mirada que aborda los problemas sin desconectarlos de las desigualdades estructurales, es decir, no se logran procesos que efectivamente sean útiles

para los sujetos a lo largo del tiempo, un proceso, socioeducativo, con capacidad de autonomía de los propios sujetos.

Esto implica a su vez, que las propias intervenciones se encuentren con otras problemáticas, es decir, con una territorialización del mismo, lo que implica según Hamzaoui (2005) , en el marco de la globalización de la economía y la territorialización de lo social, el centro de la atención social es la lucha contra las desigualdades.

En el abordaje de la territorialización se identifican los problemas como espaciales, por lo que hay, según el autor, una contradicción entre la búsqueda de soluciones locales a problemas locales.

Ante el trabajo social territorializado, el autor destaca los riesgos que acarrea el mismo, entre los que se encuentran, en primera instancia, en centrarse en la construcción de herramientas de ingeniería social, no trascendiendo en los problemas de las personas, se separan los individuos que perciben cierta prestación de los que no, produciendo una cierta dualización y poca capacidad de organización entre los mismo, es como si se asitiece a carriles paralelos. Por otro lado, el autor menciona el riesgo de la estigmatización de los individuos, es decir, marginarlos desde una “categoría ” de pobre, por lo que si bien se intenta lograr una discriminacion positiva, la misma se torna negativa en cuanto las personas beneficiarias son estigmatizadas y marginadas.

Si bien se cree que con medidas desiguales, es decir, focalizadas se podría reducir la desigualdad, el autor plantea que la misma lejos de modificar las desigualdades se generan ilusiones de cambio.

En conclusión, dentro de los riesgos que plantea el autor, podemos identificar, la construcción de herramientas de ingeniería social, la estigmatización de los individuos, y la ilusión de cambio.

Lejos de producirse pues, instancias de acompañamiento socioeducativo, tal y como es expresado por las propias entrevistadas, se focaliza en los problemas más urgentes, pero sin continuidad, lo que lejos de buscar equidad, mantiene e incluso reproduce las desigualdades.

Es pertinente comprender, que desde la propia vivencia de las trabajadoras Sociales, el trabajo interdisciplinario, que enriquece a la intervención, es casi nulo, lo que puede remitir a una ilusión de cambio en el sentido que, al atender de forma focalizada las demandas, ni en los usuarios ni en los trabajadores se aprecia un cambio estructural, ni a

futuro, sino que se calan hondo en las desigualdades preexistentes, lo que lleva a marginar a cierta población, por “requerir” de la intervención del trabajo social, así lo expresan en las entrevistas, que son llamadas a “apagar incendios”, metáfora en la que queda claro que ante una situación extrema, se busca una posible solución, como en este caso, “apagar un incendio” pero no se trabajó sobre qué sucede después, qué hacer con lo que quedó devastado, como volver a sembrar, al igual que en los individuos, se requiere de un acompañamiento que permita que el trabajo realizado, la intervención, promuevan la autonomía, caso contrario, se estaría apagando incendios constantemente.

Retomando el objetivo general presentado al comienzo de la presente monografía, es menester dar cuenta que las Trabajadoras Sociales plantearon las diferentes demandas que han recibido en el Primer Nivel de Atención de ASSE en Florida, claramente, la diferencia entre ambas percepciones es notoria, así como sus vivencias.

Considerando pertinente los aportes de Giannina Muñoz (2016) en “El lugar de enunciación y estrategias de intervención social: nudos críticos en el abordaje integral de fenómenos sociales complejo” donde realiza una serie de entrevistas semiestructuradas dirigidas a Trabajadores Sociales que, cumplen funciones de coordinación, o jefes de programas de políticas tanto estatales como de organizaciones de la sociedad civil, con la intención de conocer como los propios Trabajadores se sitúan en relación a la cuestión social, y particularmente a las formas de intervención.

Es a partir de las propias entrevistas y su interpretación, que la autora destaca tres nudos críticos. El primero refiere a una alta presencia de perspectivas híbridas a la hora de comprender la exclusión social por parte de los y las trabajadoras sociales, en este sentido, en varios de los relatos se aprecia un discurso que comienza por enfocarse en una perspectiva crítica redistributiva que a lo largo del relato deja entrever una perspectiva neoconservadora. Es así que, como se expuso en las entrevistas de las Trabajadoras Sociales, particularmente en la entrevista N°1 donde se puede apreciar cierta concordancia entre lo expuesto y lo planteado por la autora.

Aquí se aprecia en una primera instancia, una perspectiva crítica, que da cuenta que la exclusión parte de la injusticia social, que lentamente se ve permeado por una perspectiva neoconservadora, que lejos de visualizar la asimetría de poder existente, culpabiliza la moral de la clase baja “sin generar procesos”.

Un segundo nudo crítico, para la autora, refiere a que las perspectivas críticas redistribucionistas carecen de un correlato operativo.

(...) todos señalaron que contaban con un margen de maniobra, más o menos limitado, para tomar decisiones estratégicas respecto de los procesos de intervención. El límite a este margen de maniobra, en todos los casos, estaba dado por las bases técnicas de los programas implementados, ya que todos eran financiados fundamentalmente por el Estado. Dentro de las bases técnicas, los entrevistados reconocieron que el cumplimiento de las metas eran “intransables” en la evaluación de la intervención, pero que la metodología para cumplirlas era aún un espacio a libre disposición. (Muñoz, G. 2016; pág.33)

El Trabajo Social, inserto en la división social del trabajo, tiene una autonomía limitada, al responder a los intereses de la o las instituciones para las que trabaja, pero también existen espacios en los cuales se puede ser creativo, y buscar una intervención consistente, que no solo mire la inmediatez. Esto es un gran debate, sobre lo que se argumenta y lo que efectivamente se realiza. El aumento de las demandas, que han manifestado las Trabajadoras Sociales entrevistadas, dan cuenta de la dificultad que tienen en cuanto a los espacios para realizar un trabajo interdisciplinario, donde se nutra de diversas profesiones a la hora de intervenir.

Por último, el tercer nudo crítico hace énfasis en “(...) el trabajo con otros, formados en otras lógicas disciplinares, representando intereses sectoriales y/o institucionales diversos, aparece como uno de los nudos críticos más significativos dada la demanda de abordaje integral de los fenómenos de exclusión social.” (Muñoz, G. 2016; pág 36)

En síntesis, el hecho de trabajar con otros, con otras disciplinas, es la base del aprendizaje y abordaje interdisciplinario necesario para dar cuenta de problemáticas tan diversas y multidimensionales como la exclusión. En los relatos de ambas profesionales se aprecia que las demandas han aumentado, pero no se aprecia un aumento de personal, es decir, mayor presencia del Trabajo Social, y a su vez, un trabajo interdisciplinario para así mejorar la calidad de las intervenciones.

Es de especial relevancia para el Trabajo Social, mantener una postura crítica, dado que se adentra en la cotidianidad de los sujetos, y tiene la capacidad de comprender las diversas realidades, entendiendo que cada individuo tiene una realidad única.

Nuestras intervenciones profesionales se construyen mayoritariamente con poblaciones que presentan serias dificultades en sus condiciones concretas de vida, ello hace que contemos con conocimiento de primera mano acerca del conjunto de obstáculos que cotidianamente deben enfrentar para vivir. En esa verdadera carrera de obstáculos la exigencia de méritos como propugna el credo neoliberal resulta una hipocresía al igual que la competencia que configuran los engranajes sustantivos de esta racionalidad (Lera.C 2017; pág 25)

Es por ello, que considero relevante la dimensión ético política, desde los aportes de Claramunt (2009) dicha dimensión hace especial énfasis en la discusión en torno a los valores que orientan la intervención, y en la forma en que se percibe la sociedad, así como también el propio sujeto.

(...)el debate sobre ética y política y su reencuentro, trasciende los territorios del Trabajo Social pero tiene repercusiones a su interna y es parte de esa búsqueda más amplia, que lleva a repensar la política y la práctica profesional como prácticas que tienen como horizonte la construcción de sujetos políticos colectivos y de una voluntad política. (Claramunt. A 2009. pág 99)

La misma es definida por Claramunt (2009) “constitutiva de la actuación profesional, atraviesa los diferentes componentes del Trabajo Social...” (pág 99)

Muchas veces, la moral nos hace cuestionar nuestra labor como trabajadores, y es de suma importancia comprender la diferencia de ética y moral, siendo la última un conjunto de valores.

En este sentido, el presente estudio se centró en indagar si el Sistema Nacional Integrado de Salud impactó en cuanto a las demandas que se le colocan al Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de ASSE en Florida.

A partir de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de la RAP de Florida, se pudo constatar dos opiniones distintas en cuanto a las demandas que se le colocan al Trabajo Social.

Por un lado, la primera Trabajadora Social entrevistada , considera que con la implementación del nuevo modelo de Salud no hubo grandes cambios y el impacto no ha sido el esperado. La misma afirma que el Trabajo Social no adquiere la importancia

necesaria en el ámbito de la medicina, y hace hincapié en que solo cuentan con 2 Licenciadas en Trabajo Social para todo el Departamento de Florida en las Policlínicas de ASSE. Las demandas que llegan a los centros son demasiadas, y los técnicos en territorio son pocos, por lo tanto no pueden generar procesos de cambio y lograr intervenciones a largo plazo.

Mientras que la segunda Trabajadora Social entrevistada cuenta con una opinión distinta, afirma que en el área del Trabajo Social la implementación del nuevo modelo de salud ha generado mucho más trabajo debido a que los usuarios de ASSE han aumentado exponencialmente por ende las demandas hacia el ámbito social aumentaron también.

Conclusiones

Para dar cierre a esta Monografía es necesario poder reflexionar, cuestionar y repensar sobre los principales ejes de la misma.

En primera instancia, el propósito de la misma era conocer el alcance del Trabajo Social, con especial énfasis en su inserción en los diferentes programas de atención en Salud, particularmente en la atención primaria, y como es vivenciado por los y las Trabajadoras Sociales el trabajo interdisciplinario.

Es menester, tal y como se mencionó en la monografía, comprender la importancia de la ampliación del acceso a la salud para toda la población, y como el Trabajo Social es llamado ante las demandas en el Primer Nivel de Atención en ASSE.

En el presente documento se plasmó la entrevista a dos Trabajadoras Sociales, de la ciudad de Florida, quienes concordaron en cuanto al abordaje desde primera infancia hasta vejez, y lo complejo de llevar adelante las múltiples demandas en las que son convocadas para buscar alternativas asistencialistas, en donde, expresaron, no se llega a un seguimiento de las mismas. Ante el abanico de situaciones de vulnerabilidad, se vislumbra desde las perspectiva de las entrevistadas, la necesidad de generar espacios para lograr impactos en las propias intervenciones. Esto no es menor, más aún, cuando pensamos en la necesidad de repensar en la Salud como física, mental, emocional, construyendo en conjunto, programas e intervenciones que brindan autonomía a los usuarios.

Es así que como sociedad, existe un “debe” en cuanto a sociedad, de comprender la necesidad de la salud como un todo, desde las diversas disciplinas, y lo importante del trabajo en equipo, para enriquecer tanto a los profesionales, como las intervenciones. Existen diversas situaciones en las cuales se invisibiliza el Trabajo Social, y son llamados, en última instancia, cuando no tienen otra respuesta desde el saber médico, lo que no solo limita el trabajo y la intervención, sino que también impacta en los propios usuarios.

En síntesis, la realización de dicha monografía, permite visualizar diversas ausencias en cuanto a la posibilidad de funcionar como un equipo multidisciplinario, lo que definitivamente tiene un impacto positivo en los usuarios.

Por último, y no menos importante, es fundamental visibilizar el trato humanizado de los usuarios de ASSE, lo que requiere de un conjunto de estrategias, que promuevan la

igualdad de acceso, así como el bienestar de los mismos, por lo cual, es fundamental un trabajo en conjunto, el apoyo constante entre los y las profesionales de las diversas áreas, sin menospreciar la importancia de cada una de ellas durante el proceso, claramente las herramientas están con la creación del Sistema Nacional de Salud, y la ley 18.211, pero es necesario que la teoría y la práctica tengan un correlato.

Bibliografía:

- Acosta, L. (2001) "Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social en DTS. Temas de Trabajo Social, debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea.
- Acosta, Luis (s/f) La mediación del "higienismo" en la génesis del Servicio Social en el Uruguay.
- Álvarez-Uría, F. (1995) "En torno a la crisis de los modelos de intervención social".
- Ander Egg, E. (1997) Métodos del Trabajo Social. Espacio Editorial Buenos Aires
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (coord.) "Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial". CSE-UDELAR, 2011. Montevideo
- Bentura, Celmira (2011). Salud y Trabajo Social ¿Un campo social envejecido?. Editorial Académica Española. Saarsbruchen.
- Claramunt, Adela (2009) "El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad". Revista Fronteras N° 5. Montevideo, DTS-FCS UdelaR.
- De Martino, M; Ortega, E (2019) "Passado e presente do serviço social. Sobre as teses de precarização". En Yazbek, C., Yamamoto, M. Serviço Social na história. São Paulo Cortez Editora
- Fuentes, G. (2010) El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política. Vo1.19, 119-142.
- Granda, E (2004) "¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?" En Revista Cubana de Salud Pública, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2004, p. 0 Sociedad Cubana de

Administración de Salud La Habana, Cuba.

- lamamoto, M; Carvalho, R. (1998) “Relaciones sociales y trabajo social.
 - Lera, Ines Carmen (2017) “Merito y desigualdad. Algunas cuestiones para pensar las intervenciones profesionales en el neoliberalismo contemporáneo.”
 - Ley 18211(2007). “Creación del Sistema Nacional de Salud y del Seguro Nacional de Salud”. Disponible en:
[http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=\[acceso 02/04/2014.](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=[acceso 02/04/2014.)
 - Luis Enrique Gallo (2015) “El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro”.
 - Martinelli, ML (1992) Servicio social: identidad y alienación. Cortez Editora
 - Mitjavila, M y Ortega, E. (2005) El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista. Revista Katálisis. Volumen 8. Número 2. Diciembre de 2005. Editora de UFSC. Florianopolis.
 - Muñoz, Gianinna (s/f) “El lugar de enunciación y estrategias de intervención social: nudos críticos en el abordaje integral de fenómenos sociales complejos”.
- Olesker, Daniel (2010). La Reforma de Salud y el programa de gobierno. Instituto Cuesta Duarte. PIT CNT. Montevideo.
- Ortega Cerchiaro, Elizabeth (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Disertación presentada como requisito para la obtención del Título de Máster
 - Ortega Elizabeth; Mitjavila, Myriam. R. (2005) “El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social' en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica”
 - Parsons, T. (1959) El Sistema Social. Capítulo 11 : Los principales puntos de referencia y componentes estructurales del sistema social. Editorial Revista

de Occidente. Madrid - España. Pag . 22.

- Pizarro Aguilar Roxana (s/f) “Los equipos interdisciplinarios”
- Rozas, Margarita (1998) “La intervención del Trabajo Social y su relación con las políticas sociales: algunas reflexiones en el contexto actual.”
- Rozas. M. (1998) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires. Páginas 59 a 114.
- Scribano, A. (2007) “El proceso metodológico de la investigación cualitativa”. En El proceso de investigación social cualitativo; Buenos Aires, Prometeo.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. 1987 Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona Ediciones Paidós, Ibérica.
- Tomasina, Fernando. León, Ima (2008). Capítulo 7. “Sistema de Salud en el Uruguay” En: Benia, Wilson. Reyes, Inés. Temas de Salud Pública. Tomo 1. Departamento de Salud Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Fefmur. Montevideo. PP. 105-118.