



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



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

**Recorrido profesional en un Hospital como el Clínicas**

**Gabriela Sofía de Polsi Sagaría**  
Tutor: Alejandro Mariatti

**2022**

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Aspectos metodológicos: .....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo I: Contexto histórico del surgimiento del Hospital de Clínicas. ....</b>	<b>8</b>
Evolución de la medicalización en nuestro país: el Uruguay moderno.....	8
<b>Capítulo II: Trabajo Social en tanto disciplina. ....</b>	<b>14</b>
Historia del Hospital de Clínicas. ....	14
Historia del Departamento de Servicio Social, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. .....	16
Ejercicio profesional del Trabajo Social dentro del Hospital de Clínicas: .....	18
Importancia de la reconceptualización de nuestra profesión:.....	20
<b>Capítulo III: Características que asume la intervención en el Hospital de Clínicas hoy. ....</b>	<b>23</b>
Integración del departamento. ....	23
Diferentes formas que asume la intervención. ....	25
Trabajo con otras disciplinas .....	27
Alta médica y alta social. ....	29
¿Y luego del alta? .....	31
Ejercicio profesional y las Políticas Sociales.....	33
Expectativas que se colocan en nuestra intervención.....	34
Trabajo Social y su formación. ....	35
Vínculo con el voluntariado.....	36
Reconceptualización. ....	37
<b>Reflexiones finales .....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>43</b>
<b>Fuentes.....</b>	<b>45</b>

## Introducción.

La siguiente monografía final de grado se encuentra enmarcada en la Licenciatura de Trabajo Social, correspondiente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UdelaR).

En el documento se pretende conocer y caracterizar el rol profesional dentro de una institución de salud como es el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Caracterizar las diversas expresiones de saberes y prácticas que hacen al ejercicio profesional en el Hospital de Clínicas hoy. Además, la intención es poder indagar la estrecha vinculación del surgimiento de la profesión con los procesos de medicalización de la vida cotidiana en nuestro país.

El interés en la temática surge con el cursado del Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, ya que me permitió como estudiante realizar la práctica profesional de la Licenciatura en el Hospital de Clínicas durante el periodo 2019-2020. Durante este periodo desarrollé gran parte del trabajo en el área de oncología y en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Las experiencias allí adquiridas, me permitieron entender parte sustancial del ejercicio profesional, pero al mismo tiempo plasmó una serie de dudas, dificultades y cuestionamientos que me llevaron a querer estudiar con más profundidad nuestro desempeño en una institución como el Hospital de Clínicas.

El Hospital de Clínicas es una institución de salud donde la atención se centra particularmente en el segundo y tercer nivel de atención, presenta habitualmente estadias cortas para la población usuaria, que a su vez proviene de todo el territorio nacional. Estas características implican para el ejercicio profesional, variadas problemáticas y limitaciones a la hora de atender situaciones que precisan contar con un acompañamiento.

En lo que refiere a la estructura de la monografía final de grado, en primera instancia se considera relevante desarrollar un primer capítulo con el contexto histórico previo de los años

50 donde queda inaugurado el hospital universitario, transversalizado por el higienismo y la medicalización de la vida social. (Ortega, 2003).

En un segundo capítulo se busca profundizar en el rol del Hospital de Clínicas, así como también el Departamento de Servicio Social, entrelazado con el surgimiento de nuestra profesión en Uruguay y su estrecho vínculo con las instituciones médicas.

Para luego sí, en un tercer capítulo, profundizar en el rol que juega nuestra profesión en esta institución de salud en la actualidad.

Para esto último, se realizaron una serie de entrevistas a profesionales actuales y anteriores trabajadores del hospital, con el objetivo de realizar un estudio comparativo en el tiempo.

Los 3 capítulos se sintetizan en una serie de reflexiones finales, resultadas del proceso de estudio de la presente Monografía final de grado.

## Aspectos metodológicos:

**Tema:** El Trabajo Social en contexto de instituciones médico-hospitalarias.

**Problema:** Qué hay de distintivo y determinado del desarrollo profesional del Trabajo Social por un contexto institucional donde prima la medicalización del abordaje asistencial.

### **Objetivo General:**

Caracterizar las diversas expresiones de saberes y prácticas que hacen al ejercicio profesional en el Hospital de Clínicas hoy.

### **Objetivos específicos:**

1. Dar cuenta de la evolución de la medicalización<sup>1</sup> en la sociedad uruguaya y sus vínculos con las políticas estatales generales.
2. Analizar en vínculo con los elementos anteriores, el surgimiento y extensión del Trabajo Social en tanto disciplina y ámbito profesional de intervención.
3. Indagar las expresiones que asume la intervención profesional del Trabajo Social en el Hospital de Clínicas y los impactos de su recorrido histórico en las instituciones médico - hospitalarias.

Desde el punto de vista metodológico, en palabras de Batthyany y Cabrera (2011) se desarrolla un diseño descriptivo, en tanto lo que se busca es expresar determinadas características y especificar las prácticas del ejercicio profesional de los Trabajadores Sociales.

La metodología a utilizar es un estudio cualitativo de caso, centrado en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y la principal técnica utilizada tiene que ver con revisión bibliográfica y documental, articulada con la realización de 4 entrevistas a informantes calificados. Para Batthyany y Cabrera (2011) estas personas:

Cumplen un rol fundamental en una investigación como conocedores expertos del tema que se pretende investigar. Se encuentran en un lugar privilegiado y poseen

---

<sup>1</sup> En términos de Ortega, (2003).

información que puede ser de utilidad para contextualizar el fenómeno a estudiar y nos pueden acercar al ámbito en el que se producen los hechos. (p. 90).

Las entrevistas utilizadas son semiestructuradas, en este tipo de entrevistas: “el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta”. (Batthyany, K., Cabrera, M. 2011, pág. 90).

Esta técnica permite relevar las dimensiones buscadas insertas en los relatos particulares, en contexto de una articulación discursiva centrada en la experiencia del informante y no previamente establecida por el investigador. Permitiendo registrar lo distintivo del ejercicio profesional, en el contexto mencionado, desde el ejercicio de sus tareas y funciones en tanto trabajadores. Así como dar lugar a la existencia de posibles emergentes no previstos por la articulación teórica y decisiones metodológicas previas al encuentro.

Vale decir que la selección de informantes sigue criterios teóricos. La selección pretende incluir un Trabajador Social con amplia trayectoria en el ejercicio profesional en el Hospital de Clínicas, pudiendo dar cuenta de diferentes etapas históricas, momentos de la Política Pública y del ejercicio profesional. En segundo lugar, dos Trabajadores Sociales con formación e inserción profesional más reciente, buscando relevar las dimensiones mencionadas desde una visión actual de la formación profesional. Y en tercer lugar se buscará entrevistar a la directora del Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínicas, en el entendido de que además de ser profesional del Trabajo Social cumple un rol central en la inserción de este, en el contexto institucional y programático del caso de estudio.

Por último, las dimensiones centrales que se tradujeron para su relevamiento en las preguntas diseñadas como guía para las entrevistas semi estructuradas, forman un esquema analítico general que permite un acercamiento al problema en estrecha relación con la discusión teórica precedente. Al mismo tiempo, en función de la plasticidad de la técnica elegida para el abordaje de los informantes, hubo lugar al registro de dimensiones emergentes, que no necesariamente se identificaron como tal previo al desarrollo del trabajo de campo.

Esquema analítico de las principales dimensiones abordadas en las entrevistas:

→ Características de la intervención profesional.

- Relación intervención profesional y otras formas de intervenciones sociales no profesionales.
- Organización institucional y su impacto en la intervención.
- Vínculo con el saber/poder Médico.
- Interdisciplinaridad e intervención social.
- Influencia de la formación previa al ejercicio profesional.
- Determinación de la intervención profesional en función de su inserción en el marco de las políticas sociales generales.
- Reconceptualización y su influencia con el ejercicio profesional.

Dimensiones emergentes en el diálogo con los informantes, no previstas cómo tal en el diseño previo:

- Expectativas externas con respecto a la intervención profesional.

## Capítulo I: Contexto histórico del surgimiento del Hospital de Clínicas.

Evolución de la medicalización en nuestro país: el Uruguay moderno.

Antes de adentrarnos propiamente en la historia de la construcción del Hospital de Clínicas, resulta pertinente abordar el contexto histórico en el cual se encontraba el Uruguay.

Sí bien el Hospital de Clínicas abre sus puertas el 21 de septiembre del año 1953, el mismo fue pensado unas cuantas décadas antes, por el profesor Dr. Pedro Visca, quien fuera Decano de la Facultad de Medicina en los últimos años del siglo XIX. (Wilson. Nowinski. Turnes. Sánchez. Sierra, 2011, p. 11).

Podríamos decir que parte sustancial de su creación se encuentra vinculado con la discusión existente en la época sobre la atención de la salud, y en ella el rol hospitalario, así como también la importancia de que el mismo sea de carácter universitario.

El proceso de medicalización de la vida social, como plantea Ortega (2003), se vuelve central para la modernidad. Cuando se hace referencia a la medicalización de la vida, nos referimos a la creciente intervención en las relaciones sociales en nombre de la salud, instrumentando esta intervención mediante mecanismos de control que anteriormente no le correspondía a dicha disciplina.

El control estatal comienza a ser cada vez mayor en el cuidado de los cuerpos y la prevención, esto quiere decir que la medicina como disciplina, comienza a tener un grado mayor de incidencia en el ámbito social, por lo que se amplía su espectro interventor.

Este proceso, comienza a colocarla, en tanto disciplina, con el monopolio para tratar las temáticas vinculadas a la salud y, a través de ellas como se mencionó anteriormente, las vinculadas al campo social, repercutiendo esto en la vida cotidiana de las personas.

En el artículo "El estudio de los proceso de medicalización en América Latina" (2016) se plantea un análisis interesante sobre el rol que cumple la medicalización para el Capitalismo, desde una mirada marxista, en ese sentido se dice que:



Uno de los beneficios que la medicalización reporta al capitalismo radica en su capacidad de presentar problemas emanados de situaciones sociales de desigualdad como patologías individuales. Esto se traduce en una búsqueda de soluciones personales -en lugar de políticas- para lo que en realidad son, desde esta óptica, problemas de clase producidos por el orden social. También se sostiene que un aumento de enfermedades implica un mayor consumo de todo tipo de tratamientos que favorece tanto a los médicos, en particular, como al capital, en general. (Murguía, Ordorika, Lendo, 2016, p. 638.).

Según Ortega (2003) la medicalización de la sociedad uruguaya comenzó a expresarse hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, por lo tanto, se encuentra directamente asociado a lo que fue el proyecto batllista de nuestro país, donde el Estado busca llegar a todas las dimensiones de la vida social.

Para adentrarnos en esta discusión se vuelve pertinente continuar con Ortega (2003), quien desarrolla que el modelo higienista, tuvo lugar en nuestro país hacia finales del siglo XIX, periodo que es denominado como el de la primera modernización, entre los años 1876 y 1903.

Expresado lo anterior, podemos decir que una de las orientaciones fundamentales de ese momento, fue la de consolidar el Estado en las esferas de la sociedad, tanto económicas como políticas y sociales.

Este mismo proceso, Barrán (1990) lo describe como el de la sensibilidad civilizada. Haciendo referencia a un cambio en la forma de ver, ser y sentir de los individuos, principalmente en un plano cultural, conductual y de valores.

El autor busca contextualizar las diferentes transformaciones, en variados planos, que trajo la modernización. Entre los más importantes podemos encontrar el inicio del sentido de nacionalidad, que comienza a aparecer por entonces y el impulso industrializador, en concomitancia al surgimiento de una nueva clase social, el proletariado urbano, que estaría

marcado por un proceso importante de migración del campo a la ciudad. Clase social que contaba con muy malas condiciones de vida, fundamentalmente por la precarización laboral y la ausencia del Estado en los conflictos que esto trae aparejado, lo que dio lugar a un acelerado inicio de la sindicalización en el país.

En relación a esta nueva sensibilidad civilizada a la que hace referencia Barran, será característico el disciplinamiento de la sociedad bajo determinados parámetros ético-morales, buscando dejar atrás la cultura bárbara y poniendo en su lugar un orden civilizado, justificado por las necesidades de este nuevo país, inserto finalmente en el proyecto civilizatorio moderno.

Entre lo que se buscaba dejar atrás de las típicas sociedades bárbaras podemos encontrar la sexualidad desenfrenada, la violencia permanente, el espectáculo que giraba en torno a la muerte y el ocio. Para sustituirlo, principalmente, por una sensibilidad civilizada que buscaba el control del cuerpo, no necesariamente por vías de castigo sino imponiendo la culpa de transgredir, vigilando la sexualidad y otras conductas. El cuerpo deja de ser objeto de placer y pasa a ser fundamental en el discurso médico desde el punto de vista de las normas higiénicas, culpabilizando y poniendo como pecado y decadencia moral lo sexual, la santificación y seriedad de la vida y la muerte, transformando el tiempo libre en tiempo productivo, elevando la cultura del ahorro. De esta forma se amolda la vida privada a un proyecto económico, social y moral-cultural.

Barran va a plantear que en Uruguay las dos grandes instituciones manejadas por el Estado que llevarían adelante el disciplinamiento de la sociedad serían la escuela, mediante su universalización y la salud, a través de la medicalización de la sociedad.

Este proceso de medicalización, Barran (1993) plantea que tuvo 3 grandes niveles, con mayor o menor alcance:

El nivel de atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad, el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad -y hasta, a veces, en el único valor-, cambio en mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de

conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico. (p.57).

Continuando con Ortega (2003), el modelo de la época se caracterizaba por ser agroexportador en lo económico, y con características autoritarias en lo político, generando de esta forma garantías para la acumulación de capital de la oligarquía uruguaya.

El denominado proceso higienista busca determinados cambios institucionales que permitan actuar y dar respuestas a los problemas sociales desde un punto de vista sanitario. Todos estos cambios, que en gran medida fueron en el mundo del saber, dejaron el terreno propicio para la creación de instituciones que permitieron controlar, legitimar y normalizar la medicalización del espacio social.

De acuerdo a Ortega (2003) es en esta segunda etapa de la modernización, es decir en las 3 primeras décadas del siglo XX, donde se desarrolla el periodo del batllismo temprano, donde comienzan a jugar un rol fundamental las instituciones educativas y de salud, en lo referido al disciplinamiento de la población.

En consecuencia, el Estado comienza a precisar de determinadas disciplinas que sean el tentáculo operativo de dicho movimiento. Esto, conforme a Ortega (2003), queda plasmado, por ejemplo, en las instituciones inspectivas, con respecto a lograr controlar las enfermedades infecciosas, así como también la focalización que comienzan a tener determinadas instituciones en la familia, sobre todo dirigidas a las mujeres de la casa, así como también el comienzo de la autoridad y legitimidad del saber médico, y por lo tanto el cambio en las funciones hospitalarias.

El batllismo llevó adelante variadas reformas económicas, sociales, rurales, fiscales, morales y políticas. Esto traía consigo una serie de componentes principales:

En grandes rasgos (la propuesta del batllismo) se proponía superar la injusticia social en base al solidarismo, la concordia obrero patronal, y el desarrollo de la legislación laboral y de previsión social (...), mejoramiento de las condiciones de vida de la

población (...), nacionalización y/o estatización de actividades industriales y comerciales con la finalidad de limitar la incidencia del capital británico y abaratar y extender algunos servicios considerados prioritarios para el desarrollo del país (...), tecnificación y transformación estructural del sector agropecuario para aumentar y redistribuir la riqueza (...) industrialización del país con el objetivo de sustituir las importaciones, limitar la dependencia económica, generar empleos. (Jacob, 1988, p. 9).

En este mismo periodo:

Se consagra constitucionalmente la separación entre Estado e Iglesia, se establece el sufragio universal masculino, se abre la posibilidad de la sanción legislativa de los derechos de la mujer, se amplían las garantías electorales (voto secreto, representación proporcional integral, etcétera), se establece un Poder Ejecutivo bicéfalo, con un presidente y un Consejo Nacional de Administración, se inicia el reconocimiento constitucional de los organismos estatales de la actividad económica y se flexibiliza el procedimiento de reforma constitucional. (Ortega, 2003, p. 32).

Continuando con la contextualización del periodo, analicemos los años posteriores, al cual se lo conoce como el proceso terrista. Proceso donde el presidente Gabriel Terra protagoniza un golpe de Estado.

Según Caetano (2015) los años previos están marcados por lo que fue la crisis mundial de 1929 con origen en los EEUU. Ahora bien, en nuestro país, los impactos de la misma pueden verse tardíamente, hacia 1931.

En ese momento el batllismo gobernaba con una consolidada alianza con el sector independiente del Partido Nacional. Con el objetivo de paliar la crisis económica que sufría el

país, el gobierno propone y lleva adelante una batería de medidas que no logran el efecto buscado. Esto genera, entre otras cosas, la ruptura de Terra con el batllismo.

Una vez en la presidencia, Gabriel Terra propone reformar la constitución con el claro apoyo de los sectores conservadores, pero no contaba con las mayorías necesarias para la reformulación, al mantener la oposición tanto del batllismo como de los nacionalistas independientes. De esta manera, Terra junto con los sectores herreristas y riveristas llevaron adelante el Golpe de Estado de 1933.

Desde lo planteado por Caetano y Rilla (1996), las políticas que llevó adelante el terrismo, sí bien muchas veces no concordaba con lo que se decía discursivamente, fueron continuidad de las pautas que venía implementando el batllismo, pero sin duda con un tinte más conservador.

En este mismo sentido, en relación a este periodo Ortega (2003) plantea que: “interesa rescatar su productividad en materia de construcción de un sustrato institucional denso en materia de políticas sociales, generando un terreno propicio para la institucionalización del Servicio Social” (p. 57).

Un elemento a destacar de este periodo histórico, en relación con los objetivos de la presente investigación, es la creación del Ministerio de Salud Pública en el año 1934. Siguiendo a Ortega (2003) “En la Constitución de 1934 la salud figura como un derecho y a su vez una obligación de cada habitante: el Estado tenía la obligación de otorgarla gratuitamente en caso de indigencia. Ese derecho adquiere rango constitucional.” (p. 63).

El suceso mencionado termina cristalizando, en el entramado jurídico del Uruguay moderno, el avance de la medicalización como recurso para el disciplinamiento necesario de los cuerpos, las conductas sociales y el vínculo de los ciudadanos con las instituciones económicas y políticas.

Es en el marco de todos estos hechos, enmarcados en el proceso de modernización del Estado, las relaciones sociales, económicas y su sustento moral, que se fue gestando la creación del Hospital De Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

## Capítulo II: Trabajo Social en tanto disciplina.

Historia del Hospital de Clínicas.

El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” se encuentra ubicado físicamente en la ciudad de Montevideo, en la calle Av. Italia 2870 y es parte del municipio CH. Este hospital depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, y el mismo se administra y gobierna en base a una Comisión Directiva y una dirección.

En relación a su ordenanza, dicho hospital:

Prestará atención a la salud de segundo y tercer nivel, y de servicios especializados de alta complejidad, tanto en los aspectos preventivos, de diagnóstico-tratamiento y de rehabilitación; cumplirá funciones de enseñanza de la medicina y de las ciencias de la salud y promoverá y contribuirá al desarrollo de la investigación científica en la materia. (Ord. del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, 2015, art 2).

Y tiene la finalidad de:

Constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un hospital universitario que forma parte de esta Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y práctica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud. (Sitio web HC “Dr. Manuel Quintela”, s.f.).

Es preciso destacar que, al ser un hospital con la anterior descripción, y no contar con un diseño para la atención del primer nivel de atención, no se abordan determinadas funciones centrales para la vida cotidiana de las personas, ya que cuando hacemos referencia al primer nivel de atención nos referimos a que es:

El más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (Vignolo. Vacarezza. Álvarez. Sosa., 2011).

Lo anterior implica, sustancialmente, dinámicas específicas de gestión de recursos financieros, locativos y profesionales. Como consecuencia del tipo de problemáticas abordadas y los dispositivos de política pública que forman parte de la institución, aspecto que podrá indagarse en el capítulo que interactúa con el trabajo de campo.

Continuando con el recorrido histórico de su creación, sí bien en las primeras páginas de esta monografía se hizo referencia al surgimiento de la idea de que la creación de un hospital universitario era una necesidad, será recién en 1910 cuando se empieza a concretar de forma decidida. Al instalarse, tanto en el parlamento como en la Facultad de Medicina, el debate de su realización. Es aquí donde el Dr. Manuel Quintela comienza a dedicar, lo que sería el final de su vida, a la concreción de un proyecto concreto de hospital.

Siguiendo lo planteado por Wilson et al. (2011) , uno de los argumentos centrales a la hora de pensar la creación de un hospital universitario, tiene que ver con la necesidad de tener un espacio académico que forme en la práctica a los profesionales de la salud.

Ahora bien, es recién el 14 de octubre de 1926 que se aprueba la Ley que permitía el inicio de la construcción del Clínicas y es en 1930 cuando comienza su construcción, que llevaría 22 años.

Estos años no estuvieron exentos de polémica, ya que existió una extensa discusión respecto de que institución dependería el Hospital De Clínicas. Esto generó tensiones entre la Universidad y el Poder Ejecutivo. Las mismas incluso incluyeron a los movimientos sociales y gremiales, llevando a grandes manifestaciones, sobre todo estudiantiles, que terminaron un 27 de junio de 1950, con la aprobación de una ley que promulgaba a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República como la encargada de la dirección del hospital.

La inauguración tan esperada del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” se concretó el 21 de septiembre de 1953, día donde ingresaron los primeros pacientes a sus instalaciones.

Historia del Departamento de Servicio Social, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

El Departamento de Servicio Social dentro del Clínicas existió desde el momento mismo de su inauguración. Pero quedará propiamente constituido, con el correspondiente grado jerárquico, el 15 de mayo de 1955 (Wilson, Nowinski, Turnes, Sánchez, Sierra, 2011, p. 568).

Esto sin duda se explica por la estrecha vinculación entre, el surgimiento y extensión de nuestra profesión, y el ámbito relacionado con la salud. Como se plantea en el primer capítulo de esta monografía, siguiendo el análisis de Ortega (2003), en el contexto del batllismo las instituciones de salud y educación se encontraban atravesadas por una fuerte presencia del higienismo, significando dos ámbitos de disciplinamiento de los individuos y la sociedad, es en este marco que comienzan a surgir diferentes profesiones que tienen la finalidad de ser un nexo entre dichas instituciones y las familias. Sobre todo, con aquellos segmentos más pobres de la sociedad.

En este marco es que surge, en primera instancia, la figura de la visitadora social. El rol fundamental de la misma se encontraba fuertemente ligado a contribuir con la búsqueda de información sobre las formas de vivir, los hábitos y costumbres de las personas que eran caracterizadas, por este paradigma, como personas que alteraban el orden social establecido y donde era pertinente intervenir desde el orden médico. En esta práctica se aborda entonces los problemas sociales desde la órbita médica.



Es en ese sentido que, las visitadoras sociales desempeñaban su rol sobre todo en las escuelas y las fábricas; así como también en los hogares. Se trataba además de un rol desarrollado, fundamentalmente, por mujeres burguesas.

Ortega (2003) va a plantear que, un elemento fundamental a tener en cuenta en este contexto es que, es en ese período cuando se desarrolla el proceso de secularización en la sociedad uruguaya. Respecto a ello, si bien la autora recalca que en función del modelo batllista ese proceso se vio fortalecido en nuestro país, presenta la discusión de si aun así la concepción caritativa de la asistencia social, hizo que las ciencias sociales y particularmente el Trabajo Social en un inicio estuviera ligado a las organizaciones católicas privadas.

En ese sentido se plantea que:

Según reseñan las fuentes consultadas (Bralich,1993: 15), en 1937 se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), con el auspicio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile respondiendo “a una concepción caritativa de la profesión. (Ortega, 2003, p. 67).

Y recién:

En 1953 la ESSU presenta su nuevo programa de estudios, y cambia la denominación del antiguo título de visitadora por el de asistente social; también cambia a Servicio Social lo que antes llamaba Asistencia Social. Recién en 1959 pasa a ser una carrera de 4 años. (Ortega, 2003, p. 72-73).

Actualmente el Departamento de Servicio Social del hospital, cuenta con un espacio físico que oficia de oficina, la misma se encuentra en el primer piso, allí se realiza un servicio de guardias que se cubre por los diferentes Trabajadores Sociales de forma rotativa. Al mismo tiempo, los Trabajadores Sociales son divididos por los diferentes pisos del hospital, asignándoles a cada uno un área de hospitalización y consulta externa.

Es menester plantear que no en todos los pisos los trabajadores cuentan con un espacio cuidado y confidencial para desarrollar su tarea. Y que la historia de su origen y evolución marca, en gran medida, la dimensión de su soporte institucional.

En el marco del Primer Documento Parcial de la Práctica Profesional llevada adelante en el hospital, se revela un aspecto fundamental que tiene que ver con la financiación del departamento, allí se planteaba que: "...el Departamento no cuenta con recursos financieros de la UdelaR por disposición de la dirección anterior -del departamento-, sino que utiliza fondos provenientes de la organización de voluntarias "Damas Rosadas". (De Polsi, Fabrinni, Hernandez, Porteiro, 2019, p. 4-5)

Esta organización es una iniciativa que nació en el año 1970, por parte de algunas esposas de médicos y profesores del hospital, que sigue funcionando hasta el día de hoy y cuenta con alrededor de 90 integrantes. "Sus actividades giran en torno a un abanico muy amplio de tareas desde la atención en informes, el apoyo económico a los usuarios -en coordinación con el Departamento de Trabajo Social- hasta la realización de eventos recreativos y culturales. (De Polsi, Fabrinni, Hernandez, Porteiro, 2019, p. 5).

Ejercicio profesional del Trabajo Social dentro del Hospital de Clínicas:

Al ser el Hospital de Clínicas un espacio muy dinámico y amplio de atención, es pertinente plasmar que son múltiples y diferentes las formas de intervención que conviven en la mencionada institución hospitalaria.

Algunos de los profesionales del Trabajo Social consideran pertinente la iniciativa propia, recorriendo el piso designado e informándose de las historias clínicas de los usuarios. Otros intervienen en una situación únicamente cuando existe una demanda específica del personal médico.

Podemos analizar que, lo que sucede cuando se toma la segunda forma de intervención, es que queda a criterio del médico tratante la valoración en cada caso, si corresponde o no a un "caso social". Es decir, es en base a sí el personal médico considera que la persona es

plausible de una intervención profesional del Trabajador social que el Departamento se involucra. (Ref. Informe nro. 3, 2019, P 2).

Esto nos hace reflexionar sobre la concepción del autor Freidson (1978) sobre que “...Los trabajadores paramédicos, generalmente son subordinados, puesto que su trabajo habitualmente se realiza ante la petición o la orden de los médicos, o supervisados por estos” (p. 62).

Continuando con las concepciones de Freidson (1978), se entiende que frente a la situación mencionada anteriormente podría existir un control médico en forma de supervisión, mostrando así explícitamente la legitimación de la profesión médica por sobre otras disciplinas. El autor manifiesta que la no legitimidad de las demás profesiones está ligada a la falta de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio social.

De esta forma se distancian, en lo que tiene que ver la división del trabajo, las profesiones no científicas con la propia medicina, y esto está directamente relacionado con el respaldo que el Estado le garantiza.

En el Primer Documento Parcial, elaborado en el marco del Proyecto Integral "Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional", se plasmaba lo antes mencionado, cuando se hace referencia a que:

(...) es importante destacar que la toma de decisión dentro del hospital, son de exclusivo dominio del cuerpo médico. En este sentido existe una sujeción del trabajo Social cómo disciplina ante éste; ya que tanto el egreso cómo el pasaje a otra institución del usuario de Servicio Social debe ser avalado por la firma del médico.

(De Polsi, Fabrinni, Hernandez, Porteiro, 2019, p. 5).

En ese sentido, Freidson (1978) insistirá que las profesiones que se encuentran bajo la tutela de la medicina, siendo profesiones paramédicas, se organizan alrededor de la medicina y son controladas por ella.

Para que esto no suceda se debe “Lograr la autonomía de una profesión, la ocupación paramédica debe controlar un área de trabajo delimitada, que pueda ser separada del cuerpo principal de la medicina, ejercida sin contacto rutinario o dependencia con la medicina.” (Freidson, 1978, p. 81).

Un elemento destacable de este planteo, es que es la propia sociedad la que coloca en una posición privilegiada a una u otra profesión y por lo tanto su permanencia en dicho privilegio depende de la misma. Para lograr que esta continúe en esa posición es necesario que una élite se mantenga convencida de su importancia y su valor positivo.

Todo lo anterior, además, deja a la discrecionalidad del conocimiento médico la identificación de los casos y situaciones sociales que ameriten la intervención del Trabajador Social. Limitando la intervención a criterios técnicos que no responden necesariamente, por la naturaleza y contenido de su formación, a los objetivos desde donde se concibe y hacia donde se orienta la presencia de la intervención profesional del Trabajo Social.

Importancia de la reconceptualización de nuestra profesión:

Como venimos caracterizando, nuestra profesión en Uruguay nace dependiente de la profesión médica y por lo tanto a su saber (Ortega, 2003), en ese sentido se considera pertinente desarrollar y profundizar en lo que fue el proceso de reconceptualización del Trabajo Social, ya que el mismo se vuelve trascendental a la hora de pensar la búsqueda de autonomía profesional y técnica, donde se comienza a visualizar a los Trabajadores Sociales cómo protagonistas de su propia profesión. En palabras de Yamamoto, este movimiento “representó un marco decisivo para desencadenar el proceso de revisión crítica del Servicio Social en el continente” (Yamamoto, 2000, p. 207)

Tal como plantea Netto (2005), podemos tomar como punto de partida de la reconceptualización el año 65, pero es un proceso que se fue gestando bastante antes. Tanto América Latina como el mundo atravesaba grandes dificultades políticas y sociales, la profundización de la cuestión social, dejó a la luz la crisis propia del sistema capitalista. En esta situación, se ve fuertemente afectada América del Sur debido a la limitación y deterioro que enfrenta el modelo de sustitución de exportaciones.

Lo antes descrito, según Bentura (1998), hizo que estas dificultades se comiencen a ver reflejadas en las instituciones del Estado, que por el conflicto que atravesaba el capitalismo precisaba, por medio de políticas sociales funcionales al mismo, mantener a la clase trabajadora subordinada. En ese sentido, el Trabajo social -administrador terminal de las políticas sociales- se vio inscripto en una crisis de legitimidad.

Al mismo tiempo, procesos revolucionarios que atravesaban el mundo propiciaban un ambiente de lucha y revuelta social, ejemplos de esto son el Mayo Francés, la Revolución cubana, el proceso encabezado por Salvador Allende en Chile, entre otros (Bentura, 1998).

La crisis a la que se enfrenta la profesión hizo que se cuestionen las bases de la misma, remarcando la necesidad de dejar atrás el Trabajo Social tradicional<sup>2</sup> y europeo, por uno profundamente latinoamericano. Es decir, que los profesionales logren entender y explicar la realidad en base al contexto social local. Entendiendo nuestro trabajo, como profundamente político y no simplemente técnico (Iamamoto, 1998, p. 212-213).

Bentura (1998) analiza que las particularidades de nuestro país hicieron que la reconceptualización se viera estrechamente ligado a los movimientos sociales, y a la histórica unidad obrero estudiantil. Esto hizo que el Trabajador Social se sienta protagonista de las luchas sociales, por lo tanto, también del análisis y transformación de su profesión.

Siguiendo con Acosta (2008), esto hizo que cuando el cambio de modelo económico -por la profundización del neoliberalismo y el vaciamiento del Estado social- y la emergente crisis acelerará las sangrientas dictaduras (que persiguieron, torturaron y asesinaron al campo popular latinoamericano), acabara entre otras cosas con el proceso de reconceptualización.

En síntesis, se puede decir que el proceso de reconceptualización logró explicitar y discutir acerca de las funciones ideológicas que se le había asignada a la profesión, por su estrecha vinculación con el Estado capitalista. Logró identificarla como una profesión que nace articulada con el proyecto hegemónico del poder burgués, siendo un importante dispositivo

---

<sup>2</sup> Trabajo social tradicional: "La práctica empirista, reiterativa, paliativa y burocratizada de los profesionales, parametrada por una ética liberal-burguesa y cuya teleología consiste en la corrección -desde un punto de vista claramente funcionalista- de resultados psicosociales considerados negativos o indeseables, sobre el sustrato de una concepción (abierta o velada) idealista y/o mecanicista de la dinámica social, siempre presupuesto el orden capitalista de la vida como un dato factual ineliminable" (Netto, 2005, p. 117- 118).

de control social, alcanzando su problematización y la necesidad de jerarquizar su función social y política, proponiendo la refundación de parte de sus bases, reconociéndose a sí misma con la intencionalidad de romper con el Servicio Social Tradicional que hegemonizaba la profesión.

En este sentido, uno de los aportes fundamentales que tuvo la reconceptualización tiene que ver con entender que, si bien el Trabajo Social es parte de la reproducción de las relaciones sociales en el capitalismo, estando integrado su ejercicio profesional al Estado como aparato de dominación material e ideológica. Debe poseer una autonomía que le permita direccionar su actuar profesional bajo parámetros teórico-metodológicos y particularmente ético-políticos, que trasciendan su origen institucional, y dialoguen con los movimientos sociopolíticos que busquen la transformación de las condiciones que dan sentido y demandan su intervención.

Es en este sentido que el proceso de reconceptualización logró desarrollar una ruptura desde el punto de vista epistemológico, tanto con algunas de las tradiciones que recoge el Trabajo Social, como con algunos límites institucionales en el marco de los cuales se legitima y se despliega hacia la sociedad.

Esos vínculos, que como muchos autores plantean son parte del campo problemático que lo define, colocan permanentemente la intervención en tensión, entre una perspectiva de paliamiento de las desigualdades que viabilice la reproducción social de la configuración económico social que la generan; y por otro lado, la posibilidad de constituir una práctica que abone a una perspectiva estratégica transformadora, con la acción social y colectiva como horizonte de la intervención y el ejercicio profesional.

Este conjunto de discusiones tiene, sin duda, su correlato en el ejercicio de la profesión en el contexto del caso de estudio. Expresándose problemáticamente en las tensiones del Trabajo Social, en tanto auxiliar del proceso medicalizador e incorporado a un determinado diseño institucional para el desarrollo de la política pública; y su perspectiva orientada a la identificación de las expresiones de la cuestión social para su transformación.

### Capítulo III: Características que asume la intervención en el Hospital de Clínicas hoy.

En el marco de las entrevistas llevadas adelante a diferentes actores, que ejercen o ejercieron la profesión en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, se intentaron abordar varias dimensiones que buscan relevar la información pertinente para el análisis de los objetivos de la presente monografía, a la luz de la discusión teórica previamente expuesta.

La entrevistada 1, quien cuenta con grado de jefatura dentro del Departamento, trabaja hace más de 40 años en el mismo. Cursó su formación en la Escuela Universitaria de Trabajo Social, finalizando en 1982. El trabajo en el ámbito de la salud la llevó a profesionalizarse en diferentes áreas, y en ese sentido hizo la diplomatura de psicogerontología.

La entrevistada 2 hoy en día se encuentra jubilada, pero trabajó en el Departamento de Servicio Social del Clínicas desde la década del 70 en un trabajo administrativo cómo becaria, fue destituida durante los años dictatoriales y restituida en el año 1986, ingresando al Departamento de Trabajo Social en donde se desempeñó hasta el año 2016. También desarrolló su formación de grado en la Escuela Universitaria de Trabajo Social.

El Entrevistado 3 cumple roles de supervisión dentro del Departamento de Servicio Social. Se recibió en el año 2013 de Trabajador Social y en 2019 de Sociólogo en la Facultad de Ciencias Sociales, de la UdelaR. Fue en el año 2014 cuando concursó e ingresó al hospital.

La Entrevistada 4 es operadora del Departamento de Servicio Social del Clínicas desde su ingreso en 2019. Se recibió en el año 2018, pero su vínculo con el hospital fue previo, ya que realizó su práctica profesional en dicha institución en los años 2015 y 2016.

Integración del departamento.

En primera instancia es importante describir la integración administrativa del departamento hoy en día. La entrevistada 1 comenta que:

Son 3 los grados 14, que son grados de supervisión, estos integran el staff de jefatura.

Hoy por hoy se están subrogando, de estos tres, dos son referentes de supervisores,

que tienen como objetivo supervisar la intervención profesional que hacen los operativos. Llamamos operativos a aquellos Licenciados que trabajan en forma directa en el área en el que este... Los dos supervisores tienen divididos los operativos para la supervisión. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Estos supervisores entre otras cosas, tienen la tarea de:

Hacer una planificación de actividades que consta de que semanalmente se tenga una instancia de supervisión con cada uno de los compañeros y a la vez una instancia que está fijada cada 15 días de grupo. También se está trabajando una instancia de los dos supervisores una vez por mes para tener reunión de supervisión, pero de todo el grupo. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Con respecto a las supervisiones a las que hace referencia la entrevistada 1 es interesante plantear que la misma asegura que esto: “No afecta la autonomía técnica que puedan tener los Trabajadores Sociales cómo profesionales en la intervención” (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Con respecto a esto, la entrevistada 4, plantea que sí bien cree que existe la autonomía técnica, tiene sus limitantes, como cualquier trabajo asalariado dependiente. “Esta es una institución muy grande, muy importante, mezcla la salud y la universidad, muy cuadrada y muchas veces lamentablemente se ve desde una visión más de empresa que de alguna forma genera una limitante económica” (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Para la entrevistada 2,

“El hospital es una institución muy particular, realmente lo llegas a amar, es formadora de recursos humanos, hoy más que nunca. Fue la primera además en formar recursos humanos en salud, y es integradora, tiene una asistencia, eso lo tuvo



siempre a pesar del modelo hegemónico dentro de la salud” (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

Diferentes formas que asume la intervención.

De la mano de lo antes mencionado, una dimensión fundamental en la que se buscó profundizar tiene que ver con las diferentes formas de intervenir dentro de nuestra profesión, en un espacio donde prima esencialmente el abordaje médico. Es decir, si la intervención se da desde las propias recorridas de los Trabajadores Sociales en su piso asignado o sí, por el contrario, los mismos aguardan la solicitud de un médico.

En ese sentido, desde la dirección del departamento, la entrevistada 1 plantea que:

El óptimo de intervención es que vos puedas en tu sala hacer un recorrido diariamente, y tener relevado lo que vos tenés en piso. Sí deberías ver a todos los que vos tenés internados. Tendrías que haberte presentado y despistar en una intervención básica algún riesgo desde el punto de vista social que merezca tu intervención (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Sin embargo, se plantea que:

En eso, la gente tiene cierta libertad en el sentido de que hay colegas que te plantean que no les parece que tengas que hacer eso, se manejan con pedidos de consulta. Por un lado, tenemos todo el discurso de la medicalización y por otro lado esperamos que nos los deriven, es medio cómo loco (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

En este mismo sentido, el entrevistado 3 plantea que hay varias cosas que van a determinar el cómo abordar y ejercer la intervención profesional, pero considera muy relevante una característica que tiene el Departamento de Trabajo Social del Clínicas y es que:

Sí bien uno se suscribe a una institución y dentro de eso a un marco jerárquico dentro de otros Trabajadores Sociales y esto es importante -que dependas de otro trabajador social que te supervise- creo que el departamento permite lo que es la autonomía técnica y profesional, una cosa fundamental a sostener, cada técnico tiene su forma, su impronta y su línea (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Relevando esta dimensión, surge una información relevante, y es la importancia que tiene que la consulta sea pedida por un médico, ya que esto explicita de alguna forma que el desarrollo del ejercicio profesional dentro del Hospital de Clínicas es reconocido y solicitado como parte del desarrollo integral del tratamiento de la salud, comprendiendo a nuestra disciplina como una más dentro de los equipos interdisciplinarios.

Lo antes descrito, lo plasma la entrevistada 1 al plantear que:

Es muy importante que nos hagan el pedido de consulta porque somos un especialista más acá nosotros, ósea que el médico que está interviniendo por una razón médica que hace que esa persona esté internada y que él como médico intervenga solicita las diferentes interconsultas, el de rayo no viene a preguntar si tiene que hacer una placa. digo son convocatorias desde quien está interviniendo y es el médico el referente. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

La Entrevistada 4 plantea que sin duda depende del área en el cual estés desarrollando el ejercicio profesional, ahora bien, plantea que, con respecto al trabajo por piso, las interconsultas deben solicitarse. Pero precisan de muy buena comunicación, más allá del pedido explícito puntual ya que:

No hacemos cama por cama, realmente la demanda que existe no te da como para ir a ver todo, y es algo que discutimos a veces sí justifica, sí no hay una demanda que expresa la persona por qué yo tendría que ir suponiendo que como está internada en el Hospital de Clínicas que trabaja con ASSE puede precisar algo de Trabajo Social y en realidad no. A veces está bueno porque uno va y la persona justo surge algo que no sabía y podés informar, pero en realidad yo entiendo que no hay porque sí no hay una demanda de la persona o del equipo que ve algo. Pero sí hay una comunicación muy fluida. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Por otro lado, la entrevistada 2, haciendo el recuento de cuáles eran las principales formas de intervenir que se tenía cuando ella se desarrollaba profesionalmente en el hospital revela que como se dialogó con el análisis bibliográfico las visitas domiciliarias eran centrales, esta intervención se daba: “sobre todo dependiendo la patología del paciente, por ejemplo pacientes con diálisis o HIV teníamos que ver en qué condiciones regresaba a su vivienda, sí tenía todas las condiciones dadas para poder tener una vivienda saludable, sí tenía acompañamiento”. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

#### Trabajo con otras disciplinas

En el sentido de lo antes descrito, todos los entrevistados, a lo largo de las entrevistas hicieron mucho hincapié de la importancia del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario dentro del hospital donde confluyen variadas especialidades y disciplinas, entre las que se nombran médicos, enfermeras, psicólogas, entre otras.

El entrevistado 3, plantea lo necesario de apostar al trabajo interdisciplinario:

Poder tener un diálogo de igual a igual con el resto de las especialidades, porque en el ámbito de la salud, si trabajas solo estás frito, las problemáticas son multidimensionales y es imposible desconocer todas las partes. No logras los

objetivos desde la línea de acción que te planteas sí estás encerrado en una partecita. Sí la persona tiene otro montón de cuestiones que atienden otros profesionales es muy difícil. Entonces el diálogo y el vínculo con los equipos de salud es fundamental. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Ahora bien, en esta misma línea el entrevistado 3 también plantea que: “el hospital es un crisol de realidades cada cátedra y cada clínica tiene su realidad y su funcionamiento”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

En ese sentido no se da con la misma naturalidad este funcionamiento en todos los espacios. Existen algunas especialidades que se rigen de una forma bastante más protocolizada y homogénea, con procedimientos más estructurados, como pueden ser las clínicas, donde muchas veces la intervención médica es una operación donde el médico vuelve días después.

En esos casos el Trabajador Social debe adaptarse a esas realidades, articular la forma de intervenir a lo que no se puede modificar, donde se ven estas características deben trabajar más con interconsulta y derivación.

Ahora bien, consultada la Entrevistada 2, plantea que esa importancia del trabajo multidisciplinario no siempre fue de esa forma, es más menciona que:

Era muy poco lo que se hacía y era como que no estaba integrado dentro del equipo como un técnico o como una opinión más de peso, era más bien como de acompañante del médico como enfermería, e incluso el médico pensaba de nosotros, que el asistente social estaba para hacer los trámites administrativos y traerle ropa, y hacer contactos, ubicar al familiar y quedaba solo en eso. Es verdad también que como no había planes sociales era más bien un trabajo de orientación con respecto a todo lo que tenía que ver con los derechos ciudadanos. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

En ese sentido, sostiene que anteriormente tenías que tener un gran convencimiento de la profesión y: “pararte y hacerle frente al equipo para hacerte escuchar, y mostrar que tu profesión daba mucho más que el conseguir un boleto gratis”. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

La entrevistada 4 hace hincapié en el trabajo interdisciplinario más que el multidisciplinario, ya que hace a la dignidad de la persona, “que la atención realmente sea pensada, que se nombre, saber su historia de vida, etc” (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022) y en ese sentido cree que el trabajo en equipo lo que tiene es que aporta mucho a entender las dinámicas desde la óptica de todas las disciplinas, entender a las personas en su contexto.

Al ser consultada sobre las jerarquías dentro de los abordajes interdisciplinarios la entrevistada 4 contesta tajante que sí, muchas. Plantea que “Es un triunfo para el Trabajo Social que se sepa qué hace acá adentro, pero no deja de haber jerarquías, las decisiones en su gran mayoría son médicas”. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Y desarrolla más aún con un ejemplo:

En los ateneos están los médicos grados 5, muchas veces hablan con autoridad que no tienen, pero creen que sí, entonces sí muchas veces te han cuestionado porque no se hizo esto, “porque no se judicializo en el embarazo y se ganaba tiempo, ahora nació y está acá”, hay una visión también arraigada más de lo clásico. Entonces sí, sobre todo las personas más grandes digamos, tienen muchas veces otra visión, y en la jerarquía sí hay que entender que bueno lo único que podemos hacer, que pasa también con nuestra dirección, es el registro de la independencia profesional que uno tiene de dejar escrito su valoración. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Alta médica y alta social.

En lo que tiene relación con el “alta médica” y el “alta social” son interesantes las diferentes visiones que se encuentran a la hora de relevar la dimensión, la entrevistada 1 plantea que

anteriormente cuando la valoración social era solicitada por un médico, no se le daba el alta médica sí el alta social no estaba: “históricamente muchas veces tenían todo pronto y te decían no tiene el alta social éramos tan pesados como cualquier profesional” (Entrevistada 1, comunicación personal, Agosto 2022).

Ahora bien, esto solo ocurre sí directamente fue solicitado por un médico la intervención social, es decir “está para resolución social los que no se pueden ir, el alta se le da y se va, aunque tu estés trabajando”. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Es relevante mencionar que la entrevistada 1, plantea que lo antes descrito depende en muchos casos del compromiso del médico con el paciente, de sí el mismo entiende la integralidad del abordaje y las diferentes respuestas que dé garantías a los usuarios y su cuidado.

Pero:

Es nuestra responsabilidad saber que tenemos en nuestra área, porque sí vos sabes que va a depender de la sensibilidad del médico, de su compromiso para convocarte tienes que preocuparte de que sí no lo evaluaste vos habrá muchas situaciones que eran como para que intervinieran y el médico no aviso. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

Por otro lado, en relación a esto, el entrevistado 3 plantea que: “En el ámbito hospitalario en general, lo social cobra trascendencia e importancia cuando hay un problema que dificulta el egreso de esa persona”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022). Esto en el entendido de que genera una problemática económica para la institución. Esa problemática, por la cual el usuario no se puede ir, seguramente la contaba antes de su ingreso al hospital, por lo tanto, evidentemente hace a situaciones estructurales, como pueden ser las problemáticas habitacionales, escasez de redes familiares, dificultad para cubrir cuidados, es decir necesidades básicas insatisfechas que venían de antes a que la institución las vea.

La Entrevistada 4 en lo que tiene que ver con el tema de las altas es directa y plantea que:

Nosotros lo que podemos hacer es sugerir, en situaciones complejas que no está para alta, más allá de que lo médico esté solucionado, pero no somos quienes damos el alta, entonces sí yo veo que es una situación de riesgo y el médico quiere darle el alta se la va a dar. Entonces ahí la importancia de trabajar en equipo para que entiendan que nuestra profesión tiene un por qué y ese por qué está justificado. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

La entrevistada 2 analiza que llevo mucho tiempo incorporar el concepto de alta social e incorporar voces que valieran en el ejercicio profesional:

A mucho pulmón y haciéndonos imponer, con carácter, con fuertes discusiones. decíamos para ti desde el punto de vista médico está dado de alta, pero desde el punto de vista social no, no tiene a donde ir, no tiene contingencia no tiene familia no tiene recursos. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

¿Y luego del alta?

Cuando los Trabajadores Sociales fueron consultados por la posibilidad de hacer el seguimiento a los usuarios luego del alta un punto central que fue recurrente tiene que ver con la necesidad de puntualizar que el Hospital de Clínicas, enfoca su trabajo en abordar el segundo y tercer nivel de atención, en ese sentido es dificultoso ese seguimiento, ya que por definición la parte de seguimiento suele articularse más bien con el primer nivel de atención y por lo tanto con la comunidad. Es acá donde, en relación a lo expresado por el entrevistado 3: “cobra particular importancia las derivaciones que se hagan a colegas de Asse a oficinas territoriales del mides y diferentes dispositivos que existen en el territorio, que son cada vez menos... hay que decirlo”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Al mismo tiempo, plantea que al ser un hospital de referencia nacional también estas derivaciones son bastante dificultosas ya que son variadas las realidades del país, “de pronto hoy estoy coordinando con la colega de la policlínica del cerro y mañana con un médico de

familia porque no hay Trabajadora Social en la mitad de tal paraje allá lejos pasando Artigas”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Ahora bien, un elemento destacable que surgió, tiene que ver con hasta donde, desde nuestro ejercicio profesional es válido hacer el seguimiento, cuando en realidad tendría que ser un acompañamiento, sin entenderlo desde una posición de control, siempre el eje debe ser la autonomía de las personas desde el punto de vista de la autodeterminación. ¿Qué quiere hacer? ¿A dónde quiere ir? básicamente respetar su derecho de decisión. En el ámbito de la salud, para el entrevistado 3 “a veces se pierde de vista y muchas veces debemos colocarlo como Trabajadores Sociales en la intervención interdisciplinaria. La voluntad es sagrada”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Al ser consultada por el acompañamiento luego del alta la Entrevistada 4 dice que: “No está previsto para el hospital, y no está previsto para nuestra dirección en sus objetivos hacer acompañamiento en territorio post alta, porque la demanda que nosotros tenemos es continua, todos los días estamos recibiendo pedidos de consultas nuevos”. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Pero por sobre todo no se hace porque para la entrevistada 4:

No disponemos del tiempo ni de las herramientas para poder salir a territorio, sí se hace entrevistas en territorio cuando se considera que tiene un justificativo, por ejemplo, las generaciones anteriores le llaman visita social, bueno, yo no estoy yendo a visitar a nadie, ni a tomar café, nosotras hemos cortado bastante con las entrevistas en domicilio, porque yo tengo que tener un objetivo. Yo no voy a chusmear a ver cómo es la higiene del hogar ni cómo está la casa sí no tengo un objetivo claro. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

Ahora bien, sí lo que se trata de hacer es coordinar los equipos en territorio, en las entrevistas se nombran, por ejemplo, al Inau, al Mides, diferentes Etaf, con las diferentes comunas de la



Intendencia de Montevideo, programas y recursos, para que lo que no se logra abordar desde el acercamiento en el hospital se aborde en el territorio.

La entrevistada 2 trataba de darle mucha relevancia al trabajo en redes, en ese sentido buscaba la conexión en el territorio para que de alguna forma no se corte el acompañamiento a las personas una vez dada de alta.

Ejercicio profesional y las Políticas Sociales.

En relación al ejercicio profesional con la situación actual de las Políticas Sociales el entrevistado 3 plantea que:

Es un tema para nosotros bastante frustrante, porque yo trabajo desde 2013 hasta ahora de manera ininterrumpida y realmente yo siento que el enfoque de las PPSS obviamente viene en una carrera de precarización, recorte, cada vez menos, cada vez más política y menos intervención social. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

El entrevistado 3 sostiene que cada vez más las PPSS son una cuestión discursiva, más que una solución para la vida y problemas concretos de las personas: “y sí vos no solucionas esto, obviamente que el nivel simbólico, cultural son transformaciones importantes, pero sí no mejoras la materialidad es muy complicado construir arriba de eso”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

La entrevistada 4 concuerdo con lo antes expresado, “se cortaron muchos recursos” (Entrevistada 4, comunicación personal, Agosto 2022) y sí bien analiza que los mismo son de carácter paliativo, es decir que no generan cambios estructurales, ya que: “Lo que la gente precisa es educación, trabajo, y acceso a los derechos, y este es un país que podría generar muchos puestos de trabajo sin embargo términos en esto paliativo” (Entrevistada 4, comunicación personal, Agosto 2022) plantea la necesidad de defender los recursos

adquiridos, ya que en la materialidad de las personas sí les cambia, y le permite al menos acceder a necesidades básicas no satisfechas.

En relación al vínculo de nuestra profesión con las PPSS, la Entrevistada 2 plantea que: “cuando el gobierno del Frente Amplio ahí es cuando nosotros realmente, servicio social, tiene un espaldarazo impresionante, porque bueno empiezan las políticas sociales y el Trabajo Social está en su auge” (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022) plantea que previo a eso, realmente “era poco y nada lo que sentías que podías hacer por el paciente”.

Es en este marco, que la entrevistada 2 asegura que nuestra profesión tomó relevancia, se la comenzó a escuchar y tomar en cuenta la opinión dentro de los equipos de salud, llegando al punto de incorporar materias sociales dentro de la formación de la Facultad de Medicina.

Aunque al mismo tiempo, es crítica con determinadas políticas llevadas adelante en esos años sobre todo en el entendido de que no tenían un horizonte de transformación estructural: “la tarea nuestra es educativa, es fundamental, no es acercarse solo a propiciar recursos”. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

Expectativas que se colocan en nuestra intervención.

Una cuestión interesante que se abordó durante las entrevistas, tiene que ver con las expectativas que se colocan en nuestro ejercicio profesional, eso de alguna forma deja en manifiesto la dificultad que muchas veces se tiene de entender cuál es el rol de nuestra profesión, esto se deja ver cuando se solicitan determinadas demandas no solo por los usuarios, sino que por disciplinas profesionales del hospital que derivan a Trabajo Social solicitudes que no son posibles. Como por ejemplo conseguir una casa, sin entender que son problemáticas mucho más complicadas y estructurales.

Esto implica “Lidiar con el duelo de los usuarios que vienen con expectativas en muchos casos inalcanzables”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

Trabajo Social y su formación.

Otra dimensión abordada, fue la vinculada a la formación, y si la misma era suficiente a la hora de enfrentarse a desarrollar el ejercicio profesional dentro de una institución hospitalaria. En ese sentido el entrevistado 3 plantea que:

La facultad de Sociales te da una caja de herramienta básica, bien primaria, como para que vos puedas explayarte, especializarte, estudiar y proyectarte en lo que te interese, pero mi consideración es que la facultad da una caja muy básica, sobre todo en lo que respecta a herramientas prácticas de trabajo de intervención... me da la impresión que es muy poco suficiente para pulir algunas cuestiones sobre todo en la parte más práctica y de intervención... en la parte más de abstracción teórica hay un peso importantísimo y también de investigación, pero creo que hay un debe en la parte más de intervención de Trabajo Social. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

En ese mismo sentido, la Entrevistada 4 plantea que sí bien se sale muy fortalecido en términos teóricos de la formación recibida por la FCS, la realidad y la práctica siempre es mucho más rica, ya que sí bien desde la teoría algunas cosas están claras es muy difícil que en el trabajo cotidiano no repliquemos algunas cuestiones que abonan de alguna forma al asistencialismo “capas que es asistencialismo bajar y darle una vianda a una persona, pero lo primero es que las necesidades básicas estén satisfechas, después vemos todo lo que se pueda trabajar, empoderarse, que no sea dependiente” (Entrevistada 4, comunicación personal, Agosto 2022) e insiste en que en términos teóricos: “trabajando con otras disciplinas vez que tenemos un buen soporte teórico”. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

La entrevistada 2 plantea con respecto a esto que la formación que recibieron en la Escuela Universitaria fue totalmente diferente a la que se recibe hoy en día, en ese sentido señala la cantidad de materias más de índole médico que tenían, entre las que señala, disciplinas médicas, psiquiatría, dice que hasta “teníamos a un médico que nos enseñaba como despistar

patologías para poder derivar también”. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

Vínculo con el voluntariado.

En lo que refiere al vínculo con “Damas Rosadas” la entrevistada 1 hace un recorrido histórico y plantea que anteriormente ellas proveían económicamente al Departamento, ya sea con boletos, urbanos, de cutesa, lentes, fajas entre otras cosas.

Desde la dirección actual se hace una crítica a esas cuestiones, sobre todo a lo vinculado con la prestación de dinero físico, tanto de las “Damas Rosadas” cómo desde el Trabajo Social en sí, se plantea que no ayuda al imaginario colectivo de lo que representa nuestra disciplina. En ese sentido es que una de las resoluciones tomadas fue darle fin a eso.

La entrevistada 1 deja muy en claro que trabajan en conjunto y muy bien con las voluntarias: “ellas tienen la excelente formación del voluntariado, siguen a rajatabla los criterios del voluntariado y ellas nunca dejaron de trabajar con nosotros” (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022). Esto implica que tienen muy claro que: “la valoración la hace Trabajo Social, ellas trabajan en otorgar la prestación, pero previo a valoración de un Trabajador Social”. (Entrevistada 1, comunicación personal, agosto 2022).

El entrevistado 3 habló mucho sobre el voluntariado en general, y la importancia del mismo:

Creo que aporta un montón de materialidad fuertemente, en un espacio de intervención donde carece la materialidad todo el tiempo, y creo que hacen un laburo muy importante, a veces sí la necesidad es conseguir un andador, sí es conseguir para mañana un colchón neumático, sí es para mañana que esa persona tenga lentes para poder ver y poder funcionar, porque ese recurso es importante y le determina fuertemente la vida cotidiana y las voluntarias hacen un laburo en obtener cuestiones materiales muy importantes, vienen a llenar vacíos que hay que son un montón y que el Estado no provee o que provee de maneras muy lentas o muy burocráticas”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

En esta misma línea la entrevistada 4 plantea que sí bien “No es lo que tendría que pasar, porque determinadas cuestiones deberían de cubrir el Estado, el propio hospital, son ellas las que lo terminan cubriendo, entonces más que agradecidos desde el Departamento”. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

#### Reconceptualización.

Al consultarle a los entrevistados sobre en qué pensaban cuando se hablaba del proceso de reconceptualización, y el cambio de paradigma en relación al ejercicio profesional, el entrevistado 3 manifiesta que cree que lo que más se modificó con este proceso es el “nivel conceptual de cómo denominamos las problemáticas, de cómo miramos la problemática y cómo la entendemos, la estudiamos, la comprendemos” (Entrevistado 3, comunicación personal, Agosto 2022) sin embargo al mismo tiempo cree que en relación a la tarea práctica no fue mucho lo que se modificó: “seguimos reproduciendo modelos asistencialistas, recontra primigenios, de muchas veces estamos con el boleto, el pase libre, somos muchas veces parte de un engranaje que automatiza determinadas cuestiones, y creo que en eso nos falta un montón” (Entrevistado 3, comunicación personal, Agosto 2022) sin embargo, no cree que esto dependa únicamente de cómo se ejerce la profesión como una cuestión individual: “los grados de libertad para incidir en eso es bastante bajo... te lo determina todo lo demás porque las PPSS son asistencialistas en general entonces es muy difícil romper con cosas tan grande que son recontra estructurales”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

De todas formas, el entrevistado 3, plantea que uno puede, generar pequeñas acciones que problematicen, cuestionan y por lo tanto cambien un poco algunas cuestiones, en ese sentido cree que: “el ida y vuelta con la academia ayuda” sin embargo sostiene que:

Sigue divorciada la teoría de la práctica desde el punto de vista técnico, los ámbitos donde se decide y quienes dirigen determinadas políticas, creo que todavía se sigue como separando mucho del aporte académico respecto de las problemáticas, entonces se toman decisiones que no van muy en línea de lo que se dice desde la academia desde la facultad, desde la generación de conocimiento cotidiano y la producción de

conocimiento desde la UdelaR”. (Entrevistado 3, comunicación personal, agosto 2022).

La entrevistada 4, al ser consultado por el proceso de reconceptualización, plantea que cree que la visión sobre el Trabajo Social a cambio, que se tiene:

Otra visión de las personas, de los derechos, del Trabajo Social, esto de bueno poder superar el asistencialismo, pero no descartarlo... creo que esta forma de reconceptualizar el Trabajo Social y verlo desde un lugar integral y darle un valor, aporta mucho a la intervención con el otro, creo que cambio, superó la visión más asistencialista. (Entrevistada 4, comunicación personal, agosto 2022).

En esa misma línea, la Entrevistada 2 cree que sin duda el proceso de reconceptualización fue un antes y un después en la profesión, en ese sentido plantea que: “Desde lo profesional nosotros como profesionales hubo un crecimiento, nos tecnicamos mucho más, la profesión fue tomando otro cuerpo, fue tomando otra magnitud”. (Entrevistada 2, comunicación personal, agosto 2022).

## Reflexiones finales

En relación a la información relevada, a la luz de la discusión teórica y las entrevistas calificadas, se desprenden una serie de conclusiones. Jerarquizando a la hora de las reflexiones finales, las dimensiones analíticas en las que se tradujeron los objetivos planteados para la monografía a los efectos del trabajo de campo.

El ejercicio profesional del Trabajo Social en nuestro país fue transformándose a lo largo de la historia en base a diferentes factores, políticos, sociales y culturales.

En lo que tiene que ver específicamente con la intervención profesional dentro del ámbito hospitalario, puntualmente en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” se puntualiza en una serie de características abordadas a lo largo de esta monografía final, por generar su intervención dentro de una institución donde prima la intervención médica y, por lo tanto, en gran medida el modelo médico hegemónico.

En cuanto a las tensiones entre las disímiles formas que adquiere el ejercicio de la profesión por parte de los operadores en el Hospital de Clínicas, si bien es relevante garantizar los márgenes de autonomía técnica del ejercicio de la profesión, parece problemático que se incorpore como parte de las decisiones particulares de cada uno de los profesionales, la forma que adquiere la intervención social en el hospital. Lo anterior teniendo en cuenta que, las dos formas de ejercicio profesional presentes en el HC, trae consigo consecuencias diferentes en cuanto al rol y forma que adquiere la intervención; así como al vínculo del trabajador social con el saber/poder médico y las relaciones institucionales. Sería oportuno, en función de una discusión técnico política precedente, clarificar el rol y forma de la intervención profesional del trabajador social en el marco de la política pública en la que se inserta, en este caso, como parte de los dispositivos que se despliegan en el Hospital De Clínicas.

Profundizar en la problematización anterior parece interesante, ya que en muchos casos se asume como conveniente para la eficiencia de la política pública la actuación a demanda, haciendo un paralelismo con la intervención de otras especialidades médicas por fuera del médico tratante general. Sin embargo, dicha dinámica no solo refuerza la medicalización como el eje central en torno al que se articula toda intervención en la institución, elemento

que podría ser comprensible al tratarse de una institución hospitalaria, sino que da la pauta de las limitaciones en la concepción de la intervención interdisciplinaria. Así como la no problematización de las capacidades técnicas de los médicos para la identificación de casos necesarios de intervención social, y el constreñimiento del ejercicio profesional a lo identificado desde el saber médico como las situaciones en las que un trabajador social debe intervenir, muchas veces subordinados a criterios asociados a la gestión hospitalaria y determinados por concepciones limitadas de la intervención social (facilitar el acceso a una prestación específica que permita, materialmente, el alta médica).

Igualmente, es relevante destacar el reconocimiento a la importancia que adquiere, en esta institución en particular, el trabajo entre disciplinas. Así como la generación de dinámicas de coordinación y discusión conjunta de casos para el diseño y desarrollo de una correcta y completa intervención. En ese sentido, las referencias a las mejores experiencias de desarrollo profesional refieren a aquellos segmentos del hospital (pisos, cátedras o clínicas), en donde es posible el desarrollo de dichas dinámicas a la interna de los equipos de trabajo.

Mediante ese proceso, además, se jerarquiza el rol y aporte de los trabajadores sociales, reduciendo la distancia con el dominio médico de la intervención. En torno a esto también se relevan patrones claros entre las diversas experiencias, siendo las especialidades clínicas las más complejas de incorporar a este tipo de dinámicas de trabajo y las paraclínicas aquellas en las que el trabajo interdisciplinario se vuelve más fácil. Finalmente, sobre este tema, es de justeza decir, que se registra un importante avance en el tiempo, identificándose como inexistente otrora en la dinámica de trabajo interna del hospital.

La tensión entre las determinantes del alta de un paciente, entre los aspectos médicos y sociales, están atravesadas por las dinámicas antes referidas. Si bien se identifica un importante peso a la hora de indicar un alta a las valoraciones de las dimensiones sociales, llegando e demorar la misma, también se identifica que el nivel de jerarquización se relaciona con la solicitud de intervención y diagnóstico hecho previamente por el médico. Quedando, en muchos casos, limitado la misma por el nivel de integralidad de la concepción del médico. O bien, como ya se dijo, se vuelve trascendente cuando materialmente hay un elemento concreto a resolver para que sea posible el alta médica (transporte, hogar a donde volver, posibilidades de continuar una recuperación en condiciones óptimas, etc.).



En torno a esto, trascendiendo las dimensiones básicas establecidas para el análisis, es interesante reflexionar en torno al papel de la política pública y la intervención profesional a la hora de problematizar (constituir en problema) situaciones pre existentes que no eran asumidos de forma previa como tales. En muchos casos, las condiciones materiales preexistentes a la intervención o ingreso de un usuario al hospital son concebidas, al momento de su egreso, como una limitante para el desarrollo de una vida extra hospitalaria.

Sin embargo, hasta su ingreso las condiciones eran similares, por lo que emerge nuevamente el campo problemático de la intervención del trabajador social, navegando entre las tensiones de la reproducción y re asimilación de los individuos a las relaciones sociales existentes, atendiendo los emergentes de la cuestión social, y la existencia de un trasfondo material latente que las genera en donde la intervención se encuentra limitada a la hora de desplegarse y dar respuesta.

En torno a esto también se releva una dimensión emergente, no prevista en el esquema analítico con el que se abordó las entrevistas. La misma hace referencia a las expectativas de la intervención, tanto desde los médicos como, fundamentalmente, desde los usuarios, colocando en tensión cotidianamente a los operadores y materializando, nuevamente, el tan mentado campo problemático del Trabajo Social y su intervención. Explicitado desde el proceso de reconceptualización discutido en el apartado teórico.

Más allá de reconocer el proceso que se ha desarrollado en cuanto a la secularización, institucionalización y profesionalización de la intervención social en nuestro país. Es posible dar cuenta de limitaciones o relaciones que pueden implicar una reminiscencia de su pasado, asociado a las instituciones caritativas y a la solidaridad social. Ejemplo de esto es la ausencia de presupuesto propio, por fuera de fuentes de financiamiento externas (como es su principal aporte, proveniente de las "Damas Rosadas"), así como la incorporación naturalizada del voluntariado como parte importante de los dispositivos de contención y asistencia social. Atribuido a la complementación de un espacio en donde las políticas desplegadas por el Estado se presentan limitadas o directamente están ausentes.

Del trabajo de campo realizado y en función del marco conceptual se puede concluir que la profesión ha pasado por distintos momentos y que la misma ha ido evolucionando en cuanto a su legitimidad profesional.

A priori, y así lo desarrollan parte de los entrevistados, aún permanecen tensiones dentro del campo médico, y es sobre estas tensiones en las cuales debemos profundizar para superarlas.

Parte de superar esas tensiones, tiene que ver no solo con la construcción de legitimidad del saber social, como un saber científico, sino también se encuentra ligado con los recursos con los cuales cuenta la profesión para intervenir ya sea en el ámbito médico, como en el ámbito social, etc. Pues, nuestra intervención se encuentra en gran medida, encaramada en la ejecución de políticas sociales, y tal como lo plantean los entrevistados, el recorte en materia de políticas sociales, ha impactado en la intervención de manera desfavorable.

## Bibliografía

Acosta, L. (2008) *Cultura Radical e Serviço Social*. Praia Vermelha. Estudos de política e teoria social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Rio de Janeiro.

Barrán, J.P. (1990): El nacimiento de una sensibilidad civilizada y su entorno, en *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 2: “El disciplinamiento (1860-1920)”, Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barran, J.P. (1993) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos: La ortopedia de los pobres*. Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo

Batthyany, K., Cabrera, M. (2011): *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apunte para un curso inicial*. Montevideo: Udelar. CSE

Bentura, J.P, (1998) *La reconceptualización: Ruptura y continuación*.

Caetano, G. (2015), *La vida política en Caetano, Gerardo (dir), Uruguay. En busca del desarrollo entre el autoritarismo y la democracia*, Tomo 3. 1930-2010, Montevideo: Planeta (págs. 37-49) 13 págs.

Caetano, G., Rilla, J. (1996) *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Colección CLAEH. Montevideo. Editorial Fin de Siglo.

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

Iamamoto, M. (2000) *O Serviço Social Na Contemporaneidade. Trabalho e Formação Profissional*. Sao Paulo: Cortez Editora.

Jacob, R. (1988) *Modelo batllista ¿variación sobre un viejo tema? Uruguay Proyección*.

Murguía, A; Ordorika, T; Lendo, L, F. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.635-651.

Netto, J.P. (2005) *Ditadura e Serviço Social. Uma análise de Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo, Cortez Editora

Ortega Cerchiaro, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista. Tesis de Maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

Wilson, E., Nowinski, A., Turnes, A., Sánchez, S., Sierra, J. (2011) “Hospital de Clínicas de Montevideo, Génesis y realidad (1887-1974).

## Fuentes

De Polsi.G, Fabrinni. L, Herandez. R, Porteiro. C (2019) Informe realizado en el marco del Proyecto integral “Protección social, Instituciones y Práctica Profesional” Nro. 3. Montevideo, Uruguay.

De Polsi. G, Fabrinni. L, Herandez. R, Porteiro. C (2019) Primer documento parcial, parte grupal, realizado en el marco del Proyecto integral “Protección social, Instituciones y Práctica Profesional”. Montevideo, Uruguay.

Ordenanza del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” Recopilado en <https://dgjuridica.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2016/04/Ordenanza-055.pdf> Montevideo, Uruguay

Página Web Oficial Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” Recopilado en <http://www.hc.edu.uy/> Montevideo, Uruguay.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A., (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 17 de agosto de 2022, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).